Dr. Alberto Chertok

Las causas de nuestra conducta

8ª Edición

Título original:
"Terapia del Comportamiento"

Prólogo del Prof. Emérito de Psiquiatría
Dr. Daniel L. Murguía

Centro de Terapia Conductual
www.psicologiatotal.com
Edición Digital

La presente edición de “Las causas de nuestra conducta” se ofrece en formato digital para ser descargada de www.psicologiatotal.com. Queda expresamente prohibida su comercialización por cualquier vía, en formato digital o impreso. Queda prohibida asimismo su descarga total o parcial desde otros sitios web.

Centro de Terapia Conductual
Lorenzo J. Pérez 3172/004 - Montevideo - Uruguay
Teléfono: (598) 2709 1830
www.psicologiatotal.com - www.testpsicologicolaboral.com

1ª Edición: Mayo, 1988
1ª Reimpr.: Octubre, 1988
2ª Edición: Abril, 1990
3ª Edición: Junio, 1994
4ª Edición: Setiembre, 1995
5ª Edición: Junio, 1997
6ª Edición: Julio, 1998
7ª Edición: Marzo, 2004
8ª Edición: Abril, 2006 (edición digital)

© Dr. Alberto Chertok

CONTENIDO

SOBRE LA PRESENTE EDICION DIGITAL..... 5
NOTA A LA TERCERA EDICION..... 6
PROLOGO A LA SEGUNDA EDICION..... 7
del Prof. Emérito Dr. Daniel Murguía

PREFACIO..... 11

Capitulo 1. CONDUCTA Y APRENDIZAJE..... 13
Psicología: definición y objetivos. Conducta. Conductas privadas. Aprendizaje. Método experimental.

Capitulo 2. TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO..... 26
Evolución histórica: conductismo watsoniano y neoconductismo. Enfoque científico de la modificación de conducta. Qué es y qué no es terapia del comportamiento.

Capitulo 3. CONDICIONAMIENTO OPERANTE..... 41
Reforzamiento. Motivación. Extinción. Castigo. El reforzamiento como un proceso natural y universal. Conducta gobernada por reglas. Discriminación. Generalización. Moldeamiento. Ejercicios.

Capitulo 4. CONDICIONAMIENTO CLASICO..... 69
Principios básicos. La respuesta de ansiedad. Condicionamiento de la ansiedad y adquisición de las fobias. Factores predisponentes. Aplicaciones terapéuticas. Ejercicio.

Capitulo 5. APRENDIZAJE IMITATIVO..... 89
Elementos básicos y relación con otros modelos. Variables que inciden en el aprendizaje observacional. Aplicaciones terapéuticas. Ejercicio.

Capitulo 6. MODELO COGNITIVO DE APRENDIZAJE..... 100
Los pensamientos como responsables de nuestras emociones y conductas. Las ideas irracionales. Errores lógicos. Fundamento y conceptos básicos. La modificación cognitiva en un contexto comportamental. Resumen del procedimiento terapéutico: fases de la terapia. Otros procedimientos de naturaleza cognitiva. Ejercicios.

Capitulo 7. EL ORIGEN DE LAS IDEAS IRRACIONALES..... 123
El miedo a la incertidumbre. El miedo a la incongruencia: disonancia cognitiva y teoría del equilibrio. Las ideas como conductas.

Capitulo 8. MEMORIA, VOLUNTAD Y AUTOCONCIENCIA..... 135
Memoria. La conducta de ser consciente. Olvido. Voluntad y libertad. La psicología del deseo.

Capitulo 9. EL PROBLEMA DE LAS CAUSAS EN PSICOTERAPIA CONDUCTISTA..... 150
Modelos de "enfermedad mental": modelo médico, psicoanalítico y conductual. El papel de las causas al planificar el tratamiento. El significado de la personalidad en terapia de la conducta. Conclusión.

Capitulo 10. DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LAS DEPRESIONES..... 163
Modelo socio-ambiental. Modelo cognitivo de Beck y teoría del "desamparo aprendido" de Seligman. Modelo integrador.

Capitulo 11. REFLEXIONES FINALES..... 178
Concepto conductista de la libertad. Determinismo y libre albedrío. Libertad y responsabilidad. Libertad y terapia directiva. La relación terapéutica. Condición humanista de la terapia del comportamiento.

BIBLIOGRAFIA..... 191
CENTRO DE TERAPIA CONDUCTUAL..... 194
TEST PSI..... 195

SOBRE LA PRESENTE EDICIÓN DIGITAL

Con gran satisfacción hemos comprobado que “Las Causas de Nuestra Conducta” se emplea como libro de texto en los cursos de psicología conductual que se dictan en Uruguay y en otros países de habla hispana, en instituciones públicas y privadas. Asimismo, la obra es consultada por psicólogos, psiquiatras y educadores interesados en conocer las bases del modelo cognitivo – conductual.

Con objeto de facilitar el acceso a la obra por parte de todos los interesados, y en particular de los estudiantes y colegas que cursan seminarios sobre el tema, ofrecemos la presente edición en formato digital y en forma totalmente gratuita.

Esperamos contribuir de este modo a la difusión de la psicología conductual cognitiva, sus fundamentos teóricos y su forma de comprender el origen y mantenimiento de la conducta.

Dr. Alberto Chertok
Centro de Terapia Conductual
Montevideo, abril de 2006

NOTA A LA TERCERA EDICION

A seis años de la primera edición, tengo la satisfacción de ofrecer una nueva entrega de "Terapia del Comportamiento", esta vez titulada "Las Causas de Nuestra Conducta". La misma incluye varios cambios, que espero contribuyan a un mejor conocimiento de la psicología conductual y de sus posibilidades. En el capítulo 1 han sido ampliadas las nociones de "conducta" y "conductas privadas", insistiendo en el concepto de estímulo-respuesta, con frecuencia mal comprendido. La extensión que adquirió esta sección obligó a dividirla, reuniendo los temas referidos a la terapia del comportamiento en el capítulo 2. La presente edición cuenta con un capítulo adicional sobre "memoria, voluntad y autoconciencia", donde se analizan muchas explicaciones populares del comportamiento tales como el "deseo inconsciente" y la "fuerza de voluntad".

Ha merecido también un desarrollo más extenso el problema de las causas y el concepto de personalidad -capítulo 9-, y la sección dedicada al condicionamiento operante se ha completado con un análisis conductual de la "motivación" y de la "conducta gobernada por reglas". Otros cambios, en fin, apuntan a una exposición más clara de los conceptos tratados en distintas partes del texto. Espero que el público interesado en la psicología conductista, destinatario final de esta obra, encuentre en ella una herramienta útil para comprender las causas del comportamiento y el camino para modificarlo.

El autor

PROLOGO A LA SEGUNDA EDICION
Prof. Emérito Dr. Daniel Murguía

Los trastornos psicopatológicos constituyen un espectro de situaciones cuya exteriorización final está configurada por conjuntos de comportamientos distorsionados que se ofrecen como expresión objetiva, vertiente explícita y conductual, que se corresponde con otra vertiente que es psíquica, inefable, subjetiva y subyacente; la articulación de ambas vertientes, la relación molecular que entre sí las vincula escapa a nuestro conocimiento actual.

La Psicología y la Psicopatología, como ciencias, inicialmente tomaron como objeto de estudio la vertiente subjetiva, aplicando su metodología al análisis de los datos fenomenológicos que proporcionaba el método introspectivo.

En tal perspectiva, que no constituye de por sí una ciencia sino más bien una filosofía de la ciencia psicológica, se han ido desarrollando diferentes teorías cuyas proyecciones terapéuticas están constituídas por diversas metodologías con aplicación psicoterápica.

Con el advenimiento del positivismo filosófico hacia la mitad del siglo XIX comenzó el rechazo de la introspección como base metodológica de la Psicología, rechazo ya manifestado en el siglo anterior por los filósofos empiristas ingleses.

En tal ámbito ideológico cobró interés el método experimental, aplicado en la vertiente de las conductas, con valor objetivo y resultados mensurables.

Estudios sobre la conducta animal, iniciados por la escuela rusa con Sechenov, seguidos sobre todo por Pavlov y proseguidos después por Bechterev, cuyos resultados pueden ser extensibles al hombre y a la comprensión de sus comportamientos, abrieron el camino para una nueva metodología.

En Estados Unidos se inició, a partir del año 1913, un amplio movimiento en el mismo sentido dirigido al estudio de los fenómenos

comportamentales; comenzó luego que J. B. Watson publicara su artículo: "Psicología desde el punto de vista del conductista", en el que afirmaba de modo inequívoco que el objeto de estudio de esa disciplina lo constituye la consideración de la conducta del organismo, expresando de paso una crítica a la psicología introspectiva, considerando que había agotado ya su utilidad.

Siguiendo a esos aportes iniciales, la ideas de Watson tomaron un sesgo metafísico que les hizo perder prestigio y justificó las duras críticas que le fueron dirigidas. Sin embargo, sus conceptos iniciales constituyeron punto de partida para el desarrollo ulterior del denominado neo-conductismo y conductismo contemporáneo que durante y luego de la segunda guerra mundial cobró importante vigencia. Investigadores tales como Hull, Tolman, Skinner y otros enunciaron y formularon leyes sobre el comportamiento humano en base a reglas lógicas y matemáticas.

Progresivamente, al movimiento conductista se incorporaron otras escuelas psicológicas cuales la guestáltica, cognitiva, etc., con lo que se enriqueció la teoría al tiempo que se progresó en el área de la fisiología del sistema nervioso; en el conocimiento de la participación bioquímica en las conductas; los adelantos en el campo de otras ciencias cuales la etología, la informática y la cibernética, etc., contribuyeron al desarrollo, riqueza y solidez de la teoría inicial, que llegó así, al presente, a alcanzar dimensiones insospechables cuando por primera vez se escucharon las palabras augurales de Watson.

En esta 2da. edición del volumen intitulado "TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO", Principios Básicos de Psicología Conductista, su autor, el Dr. J. Alberto Chertok, se ha propuesto proporcionar al estudioso en general y al interesado especialmente en el conocimiento y aplicación práctica de la teoría del comportamiento, normas generales sobre fundamentos teóricos y la praxis de esta ciencia.

Con un propósito eminentemente pedagógico, que es manifestación de su honda vocación docente probada a través de sus actuaciones en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, en la

Escuela Universitaria de Psicología y en sus intervenciones como miembro fundador de la Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta (SUAMOC), el autor desarrolla con estilo fluido sucesivos capítulos que corresponden a otras tantas exposiciones temáticas efectuadas en el aula o en artículos publicados en revistas científicas.

Ya la generosidad conceptual y las bondades de esta obra determinaron el rápido agotamiento de la primera edición de ella. Como el creador, siempre desconforme con su obra, el Dr. Chertok se impuso la laudable tarea de recrear y mejorar aquella primera parte y hoy ofrece esta segunda edición a la que como expresión de su espíritu crítico para con la primera, intenta mejorar y enriquecer. En esta tarea se empeña desde la corrección del índice hasta la recreación de capítulos definidos, tal como ocurre con el primero de este volumen titulado: "Conceptos Básicos" que mereciera una nueva redacción que le hace ganar en precisión expositiva, exactitud conceptual, elocuencia didáctica y abarca una extensión que permite expresar un mayor acerbo de ideas valiosas para la comprensión mejor de la doctrina conductista y su metodología en la praxis clínica. Merece destacarse en este capítulo el tratamiento particular ofrecido al tema "Conducta", que es en verdad el eje que vertebra toda la razón y desarrollo de la teoría conductista, así como los conceptos expuestos en otros tantos parágrafos cuales los referidos al "Aprendizaje", al "Método experimental", a la "Evolución histórica", así como a la precisa definición de la metodología, los propósitos finales y la precisión exacta que corresponde a la terminología usada, que aparecen expuestos en el párrafo "Qué es y qué no es la terapia del comportamiento".

También cabe señalar la reelaboración del capítulo denominado "Condicionamiento operante" en el que se introducen modificaciones en su redacción e incluso parágrafos, como el dedicado al tema "Reforzamiento", que merece un planteo y tratamiento quizás más

elocuente y didáctico destacándosele enfáticamente como un proceso natural y universal.

El capítulo 3 de la nueva edición titulado "Condicionamiento clásico" ofrece un amplio y complejo cambio en su estructura, que se torna más clara y completa en cuanto a su finalidad expositiva, con un desarrollo importante del parágrafo referido a la respuesta de ansiedad y al condicionamiento de la ansiedad y adquisición de las fobias.

También en el capítulo 5, que ahora se titula "Modelo cognitivo de aprendizaje", se introducen algunos interesantes cambios en cuanto se clarifican y se hacen más comprensibles conceptos cuales los tratados en el parágrafo "Los pensamientos como responsables de nuestras emociones y conductas". Igualmente en el capítulo 6, a la vez que se cambia su denominación -pasa a llamarse "El origen de las ideas irracionales"- se introducen interesantes conceptos en los párrafos dedicados a los conceptos de inconsciente, voluntad y deseo.

Obra eminentemente informativa y didáctica, constituye una apertura fascinante a la comprensión del mecanismo de las conductas y su distorsión patológica, abriendo generosas perspectivas para la aplicación terapéutica de sus principios. Pero a esas bondades que de por sí hablan elocuentemente de los valores de su autor debe agregarse el mérito de constituirse en expresión del "libro uruguayo", tan pobre en realizaciones en nuestro país y del cual tan necesitados estamos. Porque él es expresión concreta de labor universitaria, de intereses investigatorios, de síntesis integradora definitoria de identidad nacional en el terreno de la cultura en general, y de la ciencia en particular.

Daniel L. Murguía[1]

[1] Prof. Emérito de Psiquiatría

PREFACIO

El presente manual fue confeccionado recopilando el material que entregamos a nuestros alumnos durante los cursos básicos de terapia del comportamiento. Incluye por lo tanto artículos publicados en revistas científicas, clases grabadas y resúmenes redactados con la finalidad específica de ser repartidos durante el curso. Si bien su procedencia es heterogénea, todos los textos han sido seleccionados para cumplir una misma finalidad: proporcionar una información básica y actualizada sobre la terapia del comportamiento y sus fundamentos teóricos. La publicación de este material en forma conjunta permitirá disponer de una guía unificada para iniciar el estudio de la psicoterapia conductista y aprovechar la profusa bibliografía existente en español, cuya lectura requiere generalmente una información básica sobre la disciplina.

El cabal conocimiento de los principios básicos en que se apoya la psicoterapia conductual permite comprender en forma racional sus estrategias de intervención terapéutica, las cuales no se abordan directamente en este manual. Nuestra condición de clínicos, sin embargo, nos ha impedido centrarnos exclusivamente en los aspectos psicopatológicos: reiteradamente aludimos a la aplicación práctica de los conceptos presentados, en un intento de relacionar los modelos teóricos con situaciones clínicas habituales. La mención de tales situaciones se hace naturalmente en forma resumida y a los efectos de ilustrar el punto en cuestión, cumpliendo únicamente una finalidad didáctica; en ningún momento pretendemos realizar análisis exhaustivos de casos clínicos.

El plan general del libro respeta el orden en que dictamos habitualmente las clases, abordando en forma sucesiva los distintos modelos de aprendizaje. Tal como ocurre durante el curso, los conocimientos se imparten en forma progresiva, de manera que cada clase supone el conocimiento de las anteriores. En el capítulo 9 -"El

problema de las causas en psicoterapia conductista"- presentamos una visión integrada de la terapia del comportamiento, relacionando sus procedimientos terapéuticos con la concepción etiopatogénica en la cual se apoyan. A continuación incluimos un trabajo que sintetiza el enfoque conductual de las depresiones como ejemplo de aplicación de distintos modelos de aprendizaje a un problema clínico concreto. Hemos pedido al Dr. José Silva el texto de la clase sobre "aprendizaje imitativo" que siempre expone con singular claridad, a la cual le agregamos un ejercicio para aplicar los conceptos desarrollados. Nos pareció oportuno, en fin, incluir una "bibliografía sugerida" al final de cada capítulo para aquellos lectores interesados en ampliar el tema.

Aunque las clases grabadas han sido corregidas para su inclusión en este manual, hemos procurado alterar lo menos posible su estructura original, transcribiendo incluso los ejercicios que proponemos a los estudiantes. De modo que en algunos casos la elegancia del texto ha sido sacrificada en aras de una comunicación viva con el lector, a quien imaginamos lápiz en mano subrayando conceptos, respondiendo las preguntas que se formulan en el texto y elaborando activamente el material. No esperamos un acuerdo total de su parte; este manual, al igual que los cursos en que se origina, está dirigido a todos aquellos profesionales y estudiantes del área de la Salud Mental que se interesen en obtener una visión objetiva de la terapia del comportamiento, más allá de su identificación o no con dicha corriente. Si su lectura permite comprender la unidad conceptual de la orientación conductista, habremos alcanzado nuestro objetivo.

Dr. Alberto Chertok

Capítulo 1

CONDUCTA Y APRENDIZAJE

PSICOLOGIA: DEFINICION Y OBJETIVOS

Para el psicólogo de orientación conductista, la psicología es la ciencia de la conducta. Esta definición tiene dos elementos importantes. En primer lugar, indica cuál es el objeto de estudio de la psicología: la conducta. En segundo término, establece que el procedimiento elegido para estudiarla es el método científico. La ciencia, en general, se propone explicar, predecir y eventualmente controlar los fenómenos. La meteorología, por ejemplo, procura explicar por qué se producen los cambios climáticos y predecir las condiciones del tiempo. Del mismo modo, el propósito de la psicología consiste en explicar, predecir y modificar el comportamiento del hombre (Malot y García, 1986).

Los objetivos que acabamos de enunciar pueden ponerse en evidencia analizando un ejemplo sencillo. Consideremos la conducta de un estudiante de pedir la palabra en clase para formular preguntas o hacer comentarios. Nuestra primera tarea consistirá en **explicar** por qué ocurre dicho comportamiento, identificando los factores que aumentan la probabilidad de que intervenga en clase y aquellos que inhiben su conducta. Este proceso no es sencillo y requiere un análisis exhaustivo del comportamiento del sujeto incluyendo sus pensamientos y expectativas, las circunstancias ambientales que preceden a la conducta y las probables consecuencias de la misma. Como resultado de este análisis, formulamos una hipótesis acerca de los factores que están manteniendo o inhibiendo el comportamiento del estudiante.

Si nuestra hipótesis es correcta, podremos **predecir** con cierto grado de certeza en cuáles situaciones es más probable que pida la

palabra. Decimos que una conducta es más probable en determinada situación, cuando su frecuencia es mayor en esa situación que en otra considerada. El valor predictivo de una hipótesis es muy importante en el análisis experimental de la conducta. Al igual que en otras ciencias, cuando los hechos contradicen a las hipótesis son éstas las que deben revisarse. Aquí el hecho estudiado es la conducta, y las hipótesis explicativas deben ser eficaces para predecir y eventualmente **modificar** el comportamiento del sujeto. Si por ejemplo el estudiante desea incrementar la frecuencia de sus intervenciones, debemos ser capaces de ayudarle a cambiar su conducta alterando los factores que hemos postulado como causales.

La premisa básica de la cual partimos es que la conducta de los organismos no ocurre al azar, sino que obedece a ciertas leyes. La conducta de intervenir en clase, por ejemplo, no ocurre "porque sí". Depende de la situación actual en que se encuentra el estudiante -si tiene o no dudas sobre el tema tratado, si el profesor permite o no preguntas, etc.- y de su historia personal, por ejemplo los temores e inseguridades que ha desarrollado en relación a hablar en público. El análisis experimental de la conducta ha permitido identificar muchas leyes generales del comportamiento, tales como el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante o la imitación de modelos. Estas leyes explican bajo qué condiciones es probable que un sujeto emita determinada respuesta. Aplicando estos principios generales a un caso particular como el de nuestro ejemplo, es posible identificar las causas específicas del comportamiento y eventualmente modificarlo.

CONDUCTA

El estudio de la conducta nos ocupará durante el resto del libro. En los próximos capítulos veremos cuáles son las causas de nuestro comportamiento y cómo es posible modificarlo. La terapia consiste precisamente en ayudar a otras personas a cambiar su propia conducta. Pero antes de abordar esta tarea, resultará útil definir con precisión el término que nos ocupa: ¿qué entendemos exactamente por conducta? Es probable que el lector se sienta inclinado a responder citando ejemplos de la vida cotidiana: caminar, correr, hablar, escribir, "hacer cosas" en general. En pocas palabras, cuando hablamos de conducta o comportamiento en el lenguaje habitual, nos referimos a la acción voluntaria y visible de un ser vivo.

En psicología conductista, sin embargo, el término tiene un alcance mucho mayor. Hablamos aquí de conducta para referirnos a toda actividad desarrollada por un organismo vivo. De hecho, incluye "todos y cada uno de los cambios que pueden ocurrir en un organismo o en cualquier parte de él" (Wolpe, 1958). Los comportamientos pueden ser evidentes para el observador, como los que acabamos de mencionar. Podemos constatar que un individuo camina, habla o escribe utilizando simplemente nuestros sentidos, por ejemplo la vista o el oído. Además, estas conductas son intencionales: persiguen un fin, y el sujeto las experimenta como voluntarias.

Otro grupo de comportamientos incluye las respuestas reflejas o automáticas del organismo frente a ciertos estímulos o situaciones. Si un auto frena bruscamente cerca de nosotros -estímulo- reaccionamos con una descarga de adrenalina y una aceleración de los latidos cardíacos -respuestas-. Aunque no es posible observar directamente estas respuestas, pueden ponerse de manifiesto utilizando los medios apropiados. Un estetoscopio permite apreciar la existencia de taquicardia, y los estudios de laboratorio pueden confirmar la liberación de adrenalina en el torrente sanguíneo.

CONDUCTAS PRIVADAS

La característica común de los fenómenos que estamos describiendo es que se trata de cambios que tienen lugar en el organismo. Dichos cambios ocurren en forma refleja ante ciertos estímulos -como la taquicardia ante el "frenazo" de un automóvil- o se emiten con una finalidad -como la conducta de hablar en clase-. Sin embargo, no todos los cambios que ocurren en el organismo son públicamente observables o pasibles de ser identificados con instrumentos especiales. Los pensamientos y las emociones sólo son percibidos directamente por la persona que los experimenta. A pesar de ello, constituyen cambios en el organismo -reflejos o intencionales- y por eso se los considera conductas.

En términos generales, llamamos conductas privadas o encubiertas a fenómenos tales como los pensamientos, ideas, expectativas, afectos y emociones cuya ocurrencia no puede ser comprobada directamente por un observador. Se accede a ellas en forma indirecta, a través de la verbalización del sujeto que las experimenta o por el efecto que tienen sobre la conducta observable. Podemos constatar que una persona siente miedo porque nos trasmite verbalmente su vivencia, o deducirlo a partir de sus conductas visibles: sobresalto, temblor, palidez, etc.

Para que el estudio de las conductas privadas no caiga en un plano especulativo, es necesario relacionarlas siempre con fenómenos objetivos. Aunque es difícil establecer con precisión lo que un sujeto piensa o siente, podemos valorar el efecto de sus emociones, ideas y creencias sobre la conducta manifiesta. De hecho, las verbalizaciones internas -lo que el sujeto se dice a sí mismo- o las imágenes que evoca en una situación determinada, permiten explicar muchas veces sus reacciones visibles. Si interrogamos al estudiante de nuestro ejemplo a efectos de analizar en detalle su comportamiento, podemos descubrir que al proponerse hablar en clase se dice a sí mismo: "si pregunto algo obvio se van a reír de mí; haré el ridículo y creerán que no soy capaz de entender nada". También puede imaginar a sus compañeros

burlándose o riéndose de él, evocando dichas escenas como en una película. Estas conductas privadas pueden explicar sus inhibiciones o vacilaciones al proponerse hablar en público.

La conducta que llamamos pensar consiste generalmente en diálogos internos de esa naturaleza. Pensamos verbalmente, hablando con nosotros mismos aunque más rápido de lo que lo hacemos en voz alta. También evocamos imágenes, como cuando dejamos "vagar la imaginación" y soñamos despiertos. Podemos evocar incluso olores o sensaciones táctiles. En todos los casos se trata de respuestas privadas a estímulos, en forma refleja -automática- o emitidas con un propósito.

Uno de los fenómenos privados que cuesta reconocer como conducta es el acto de ver. Lo que llamamos "ver" es normalmente una respuesta refleja a ciertos estímulos externos al organismo. La presencia de un árbol en el campo visual del sujeto, suscita en el mismo un impulso nervioso que se transmite por determinadas vías a los centros cerebrales responsables de la visión. En tales centros tiene lugar la activación de ciertas neuronas en una secuencia determinada. La onda recorre miles de células de acuerdo a un patrón específico de activación témporo-espacial (Eccles, 1970). Cuando ocurre tal activación neuronal tenemos la experiencia subjetiva de "ver el árbol".

La misma respuesta neuronal puede ocurrir en ausencia del árbol, por ejemplo al evocar la imagen con objeto de describir su aspecto a una persona que nos ha preguntado por él. Aquí la conducta de ver el árbol se emite con una intención o propósito: efectuar la descripción.

Es importante retener que la imagen del árbol no está dentro de la cabeza esperando ser mirada. No miramos una supuesta imagen interna. La imagen sólo existe cuando se activan las neuronas correspondientes, y no puede tener una existencia independiente de tal activación (Wolpe, 1958). Como señala Skinner (1974), no tiene sentido asumir que "hay" un objeto mirado -la imagen- y un sujeto que mira. Lo único que hay es un sujeto que responde a ciertos estímulos. Cuando recordamos el árbol simplemente hacemos lo mismo que

cuando estamos frente a él, sólo que en este caso la respuesta ha sido suscitada por otros estímulos, por ejemplo la pregunta: ¿cómo es el árbol que está frente a la casa?. Fuera de la activación específica de los sistemas neurológicos involucrados, disparada por la presencia del árbol o por otras circunstancias, lo único que existe es la **posibilidad** de evocar la imagen cuando incidan los estímulos adecuados. Como veremos más adelante, -capítulo 8-la posibilidad de evocar un recuerdo depende de modificaciones estructurales del sistema nervioso, no de la presencia de una imagen "almacenada".

Este concepto es válido para todas las conductas. Los pensamientos, en particular, no son entidades inmateriales que están flotando cerca de la cabeza de la persona. Dependen de la actividad del sistema nervioso central y sólo existen cuando ciertos estímulos, que pueden ser otros pensamientos o imágenes, disparan una respuesta verbal -diálogo interno- que llamamos pensamiento.

Cabe señalar que las conductas privadas están sujetas a los mismos principios que explican el comportamiento visible, y que estudiaremos a lo largo de este libro. En otras palabras, los pensamientos e imágenes que evocamos en una situación determinada no ocurren al azar: dependen de los estímulos presentes y de nuestra historia personal de aprendizaje.

Digamos también que en su acepción psiquiátrica tradicional, el término conducta tiene un alcance más restringido: se refiere sólo a los comportamientos observables y a los "pragmatismos", en tanto actividad productiva dirigida a un fin. Se habla así de pragmatismo familiar, social, laboral y sexual para aludir al comportamiento del sujeto en dichas áreas. El término "trastornos de conducta" suele reservarse para los comportamientos agresivos, antisociales o reñidos con la ética o la moral. Esto ha determinado que muchos profesionales piensen erróneamente que la terapia del comportamiento se aplica sólo a los trastornos de conducta en el sentido psiquiátrico, cuando en realidad su campo de acción es mucho más amplio.

Con fines didácticos, hemos considerado hasta ahora respuestas puntuales tales como pedir la palabra en clase, experimentar taquicardia o ver un árbol. Para el clínico, sin embargo, importan más los estilos habituales de conducta que los comportamientos aislados. Así, una tendencia a experimentar ansiedad o sobresalto ante mínimos incidentes es más significativa que una respuesta aislada. El bloqueo de un estudiante para intervenir en clase cobra más importancia si constituye un problema habitual, y sobre todo si se acompaña de otras inhibiciones sociales tales como dificultad para iniciar conversaciones o para pedir citas. Una tendencia a deprimirse ante cualquier contratiempo reviste mayor interés que un "bajón" ocasional. Por ese motivo, la psicología conductista se ocupa básicamente de nuestros **hábitos** de pensamiento, sentimiento y acción, en particular cuando resultan limitantes o autodestructivos.

El análisis experimental de la conducta, sin embargo, estudia con frecuencia respuestas aisladas con la finalidad de establecer las leyes generales del comportamiento, las cuales permiten después examinar casos más complejos. Como el propósito de esta obra es familiarizar al lector con dichas leyes generales, emplearemos con frecuencia ejemplos sencillos para ilustrar los conceptos estudiados.

ESTIMULOS Y RESPUESTAS

La conducta, aun la habitual, no ocurre en cualquier momento sino en determinadas circunstancias. Una persona puede reaccionar con pánico cada vez que su auto se detiene en un "embotellamiento", cuando viaja en ómnibus o cuando se sienta en el centro de una fila -por ejemplo en el cine o el teatro-. Tales circunstancias se consideran **estímulos** para la respuesta de miedo. El hecho de tomar en cuenta las situaciones en que ocurre el comportamiento, permite comprenderlo mejor que si se lo considera en forma aislada. Con frecuencia se descubre un factor común en los distintos estímulos que

desencadenan la respuesta. En el caso anterior, parece que el miedo surge cuando el sujeto se encuentra en un lugar de donde no puede salir rápidamente en caso de experimentar un ataque de pánico. A partir de allí, es posible seguir investigando cómo se producen los ataques.

Al tomar en cuenta los estímulos, no suponemos que la conducta ocurre siempre que el sujeto se encuentra en esas situaciones. Nos limitamos a consignar en qué circunstancias la respuesta es más probable, con objeto de enriquecer nuestro análisis. Tampoco suponemos que los estímulos siempre son externos al organismo: una idea o una sensación física, por ejemplo, son fenómenos internos que pueden generar futuras respuestas. Por último, estímulos y respuestas se encadenan continuamente, dando lugar a los complejos comportamientos humanos. Así, el encontrarse en un lugar atestado puede suscitar el pensamiento "me va a dar un ataque de pánico", el cual desencadena respuestas fisiológicas como taquicardia, transpiración y temblor. Estas respuestas suscitan nuevos pensamientos -"ya me estoy poniendo nervioso"-, los cuales determinan la huída o el alejamiento de la situación temida.

APRENDIZAJE

La mayoría de nuestras conductas fueron adquiridas después del nacimiento y a lo largo de la vida. Este proceso de adquisición de nuevos comportamientos se conoce como aprendizaje y ocupa un papel central en el desarrollo de la personalidad. Aprendemos una gama muy amplia de conductas, desde hábitos higiénicos como lavarnos las manos y cepillarnos los dientes hasta normas morales, religiosas y sociales -p. ej. que robar es malo y que existe un Dios-. Incorporamos un repertorio de conductas acordes con nuestro sexo -vestimenta, posturas y juegos apropiados- y adquirimos, en suma, una identidad sexual. Podemos desarrollar una expectativa de control

sobre nuestro entorno, asumiendo que somos capaces de enfrentar y resolver nuestros problemas, o convencernos de que somos incapaces de manejar las circunstancias adversas y desarrollar un modelo de reacción depresiva ante las frustraciones.

Más adelante veremos cómo se aprenden estas pautas de conducta y cómo inciden los distintos factores para que incorporemos ciertos hábitos en lugar de otros. De hecho, el resto del libro está dedicado a este problema. Por ahora, digamos que la adquisición de patrones específicos de conducta, incluyendo nuestros valores, actitudes y puntos de vista depende de nuestra interacción con el medio familiar, social y cultural en que vivimos. Un chico educado en un medio social que aprueba la violencia y el atropello a los derechos ajenos, desarrollará probablemente un comportamiento distinto al de otro educado en un ambiente que promueve valores éticos y morales más estrictos. La conducta sexual de una joven criada en el seno de una familia religiosa muy puritana puede diferir de aquella exhibida por una chica proveniente de un medio más liberal.

La conducta no refleja siempre los patrones familiares, porque los sujetos no son receptores pasivos de la influencia del medio; ellos actúan, a su vez, sobre su entorno al que pueden modificar. El aprendizaje no es un proceso unidireccional, sino una compleja secuencia de interacciones. Un niño, por ejemplo, puede ser reforzado inadvertidamente por presentar un comportamiento rebelde; si el reforzamiento ocurre con regularidad, es probable que comience a oponerse sistemáticamente a las demandas paternas -y a otras figuras de autoridad-. Esto genera una reacción de sus padres, la cual afecta a su vez la respuesta del niño. Volveremos sobre este punto al tratar el concepto de libertad.

En este momento sería oportuno aclarar qué entendemos exactamente por aprendizaje. Roger Tarpy (1975) lo define como "un cambio en la conducta relativamente permanente, que ocurre como

resultado de la experiencia"[2]. Al especificar que el cambio debe estar motivado por la experiencia, se excluyen factores tales como la maduración y la administración de drogas que pueden modificar el comportamiento del sujeto. La expresión "relativamente permanente", descarta los cambios en la conducta producidos por la fatiga y otros factores de efecto transitorio. El número de errores que comete una dactilógrafa puede aumentar luego de varias horas de trabajo; sin embargo, recupera su eficacia cuando se disipa la fatiga. Fuera de estas excepciones, la adquisición y mantenimiento de nuevas conductas se conoce como aprendizaje. Como resultado de este proceso se incorporan tanto las respuestas adaptativas como aquellas inadaptadas o inconvenientes para el sujeto. En otras palabras, las conductas consideradas "patológicas" -p. ej. los comportamientos neuróticos- se adquieren de acuerdo a los mismos principios que las respuestas "normales"[3].

Cabe distinguir entre experiencias de aprendizaje (las circunstancias concretas en que ocurre el aprendizaje) y procesos de aprendizaje ("cómo" se aprende). Las **experiencias de aprendizaje** son las situaciones específicas que atravesamos durante la vida, las múltiples interacciones con nuestra familia y con el entorno en que vivimos. Estas experiencias son únicas para cada individuo, y por eso no existen dos personas que desarrollen idénticos patrones de conducta o los mismos esquemas de pensamiento. Llamamos **procesos de aprendizaje** a los mecanismos por los cuales se desarrollan nuevos hábitos. La imitación de otras personas, por ejemplo, es un proceso de aprendizaje. La asociación de estímulos y respuestas, tal como el torno del dentista y el dolor que produce, es también un mecanismo de aprendizaje. Los procesos de aprendizaje

[2] Principios Básicos del Aprendizaje, Edit. Debate, 1977.

[3] Esto no excluye, por supuesto, la incidencia patogénica de factores orgánicos que será considerada más adelante.

son universales: todos aprendemos a partir de la imitación de modelos, de la asociación entre estímulos y respuestas, de las instrucciones verbales que recibimos y del resultado de nuestros actos (condicionamiento operante). Lo que cambia para cada persona –cómo señalamos más arriba- son las experiencias específicas que atraviesa, es decir: qué modelos específicos imita, a cuáles asociaciones de estímulos y respuestas está expuesta, qué instrucciones verbales y no verbales recibe y cuáles son las consecuencias de sus actos. Por eso cada individuo desarrolla una personalidad particular y única.

No todas nuestras conductas son aprendidas; poseemos también un repertorio de respuestas innatas. Nacemos con la capacidad de contraer la pupila cuando la luz incide sobre ella. La percusión del tendón rotuliano desencadena la extensión de la pierna, y el descenso de la presión arterial genera taquicardia y otros ajustes cardiovasculares compensadores. Se trata de respuestas biológicamente determinadas que no requieren un aprendizaje previo.

Por otra parte, el aprendizaje ocurre siempre en sujetos que tienen una determinada constitución genética. Las personas difieren por ejemplo en su reactividad emocional, y tales diferencias pueden facilitar o inhibir el desarrollo de respuestas agresivas o depresivas. La capacidad para adquirir conductas nuevas también es variable. Algunos sujetos condicionan fácilmente respuestas de ansiedad, mientras que otros requieren circunstancias muy especiales para que ocurra el aprendizaje. El resultado final depende siempre de la interacción entre los factores constitucionales y la relación con el medio. En algunos casos los factores genéticos son determinantes, como en la psicosis maníaco-depresiva bipolar; en otros, su participación es mucho menor, por ejemplo en los cuadros conocidos habitualmente como "reactivos".

METODO EXPERIMENTAL

Como hemos visto, el aprendizaje juega un papel central en desarrollo de la personalidad. El repertorio de conductas que posee un sujeto, incluyendo sus ideas, valores, respuestas emocionales y el modo como procesa la información, se desarrolla a partir de sus experiencias. Esto plantea una nueva interrogante: ¿Cuáles son los principios que regulan la adquisición y mantenimiento de nuevas conductas? No se trata de una pregunta retórica. Si descubrimos cómo se aprende a reaccionar con temor frente a situaciones que no revisten peligro, habremos explicado el desarrollo de las fobias. Y lo que es más importante, podremos utilizar esa información para promover la desaparición del temor. En otras palabras, el conocimiento de los principios del aprendizaje nos permite comprender el origen de las conductas inconvenientes y modificarlas con fines terapéuticos.

El estudio del aprendizaje parte de una concepción determinista del comportamiento individual. Se considera que las conductas, incluyendo los fenómenos subjetivos o privados, están relacionadas entre sí y con el ambiente en términos de causa y efecto. La idea es entonces que los comportamientos -motor, intelectual, emocional- no ocurren al azar sino que siguen ciertas reglas. La premisa determinista puede sintetizarse afirmando que dada una constelación causal "A", ocurre un efecto "B". Otra manera de expresarlo consiste en hablar de variables independiente (VI) y dependiente (VD) respectivamente. Esta nomenclatura es la utilizada en los diseños experimentales, donde el investigador manipula el valor de la VI y observa las variaciones en la VD. Cuando comprueba que determinadas modificaciones en la primera van seguidas regularmente por variaciones en la segunda, ha establecido una regla. Los científicos conductuales operan precisamente de ese modo. Procuran encontrar una relación regular entre un evento o situación (VI) y el comportamiento estudiado (VD).

El método experimental se ha utilizado para establecer los principios básicos del aprendizaje. En el capítulo 5 se describe un experimento de Bandura y Walters que constituye un ejemplo de esta aplicación. El comportamiento estudiado en ese caso fue la conducta agresiva de un grupo de niños, y la VI que manejaron los investigadores fue la observación de modelos pasivos y violentos. Los resultados demostraron que es posible desarrollar comportamientos agresivos a partir de la imitación, ya que el número de respuestas agresivas ante una frustración fue mayor en los sujetos que observaron modelos violentos. Estudios adicionales confirmaron estos resultados y permitieron identificar las variables que facilitan o inhiben la incorporación de conductas a través de la observación, dando lugar al modelo de aprendizaje imitativo. Un **modelo de aprendizaje** es un conjunto de leyes o principios que explican bajo qué condiciones se adquieren, se mantienen o se suprimen determinadas respuestas.

El estudio experimental de la conducta se utiliza tanto para establecer los principios generales del aprendizaje como para modificar el comportamiento con fines terapéuticos. En el próximo capítulo veremos algunos ejemplos de aplicación del método científico a la modificación de conducta en situaciones concretas.

Capítulo 2

TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO

EVOLUCION HISTORICA

Desde que el hombre es hombre ha procurado modificar su propia conducta y la de sus semejantes, de modo que en un sentido estricto resulta arbitrario situar el comienzo de la terapia de la conducta en un momento determinado de la historia. Pero como disciplina científica aplicada a la comprensión y tratamiento de los problemas psicológicos, el inicio de la terapia conductista se ubica a comienzos de este siglo. Es costumbre relacionar el nacimiento del conductismo con el nombre de Watson.

John B. Watson (1878-1958) fue realmente el primer investigador que trabajó en lo que él llamó el conductismo. En el conductismo watsoniano se han distinguido tradicionalmente dos facetas: por un lado el llamado **conductismo metafísico**, que alude a la especial concepción del psiquismo que tenía Watson y que se basaba en la negación ontológica de la mente. La mente, decía no existe, y toda la actividad humana incluyendo los pensamientos, emociones y demás fenómenos subjetivos, se puede explicar en términos de movimientos musculares o secreciones glandulares. Por otra parte, Watson negaba el papel de la herencia como determinante del comportamiento. Consideraba que la conducta se adquiere casi exclusivamente por aprendizaje y proponía abandonar la noción de instinto.

El conductismo metafísico como tal, hoy no existe más. Aunque el conductismo radical de Skinner continúa negando la existencia de la mente como una entidad no física, su explicación de los pensamientos y demás fenómenos privados difiere de aquella propuesta por Watson. Y tanto Skinner como otros autores conceden actualmente

una importancia mucho mayor a los factores genéticos o heredados en el determinismo de la conducta.

Por otro lado, Watson sentó las bases de lo que hoy se conoce como **conductismo metodológico**, a partir del método que propuso para el análisis y modificación de la conducta. En esencia, este autor consideraba que el único objeto de estudio válido para la psicología era la conducta observable; rechazaba la introspección como fuente de información y propugnaba por la aplicación del método objetivo de las ciencias naturales al estudio de los comportamientos humanos.

Aunque hoy en día el conductismo no se limita al estudio de los fenómenos observables y las formulaciones teóricas incluyen eventos privados como pensamientos e imágenes, se mantiene el criterio de relacionar los postulados teóricos con la conducta manifiesta mediante un enfoque experimental. A diferencia de la concepción metafísica, el conductismo metodológico se desarrolló con el correr del tiempo. Como vimos antes, la terapia del comportamiento se caracteriza actualmente por utilizar el método experimental en la tarea clínica y en la investigación psicológica, de manera que la herencia que nos dejó Watson no es tanto el contenido de sus concepciones teóricas sino el modo como abordaba el estudio del individuo.

El real despegue de la terapia del comportamiento tiene lugar después de la segunda guerra mundial, desarrollándose lo que se conoce como **neoconductismo** o conductismo de la post-guerra. Las nuevas orientaciones conductuales difieren bastante, como vamos a ver, de sus antecesores watsonianos. Por otro lado, toman muchos elementos de teóricos del aprendizaje anteriores, como Pavlov y Thorndike, que realizaron sus trabajos en la primera mitad del siglo.

A partir de la década del '30, tuvo lugar en Estados Unidos el desarrollo del **condicionamiento operante**, como resultado de los trabajos realizados por B.F. Skinner y colaboradores. Este autor estudió la adquisición y mantenimiento de los comportamientos que habitualmente se consideran voluntarios, tales como hablar,

moverse, caminar, etc. Partiendo de la experimentación animal, Skinner describió los principios que regulan la instalación y pérdida de este tipo de conductas, y dio lugar al paradigma teórico llamado condicionamiento operante o instrumental, de enorme importancia para el desarrollo de la psicología. Veremos este modelo en el próximo capítulo.

En la década del '50 surgen en distintos lugares y como fruto del trabajo de investigadores independientes, corrientes de pensamiento que luego confluirán. Una de estas líneas la podemos ubicar en Sud Africa con los trabajos de Joseph Wolpe, quien se manejaba con el modelo del **condicionamiento clásico** o pavloviano. Trabajando primero con gatos y adaptando luego el resultado de sus experiencias a las neurosis humanas, Wolpe demostró cómo podía desaprenderse o inhibirse la ansiedad condicionada. Partiendo de los trabajos de Hull (1884-1952) y de los resultados obtenidos con sus propias "neurosis experimentales", estableció el importante principio de la inhibición recíproca. Su libro "Psicoterapia por Inhibición Recíproca" (1958), donde analiza los mecanismos involucrados en el aprendizaje de las fobias y otros fenómenos vinculados al condicionamiento de la ansiedad, constituye uno de los aportes más importantes que ha tenido la terapia del comportamiento. En la misma línea, trabajando desde la perspectiva del condicionamiento clásico, podemos ubicar a H.J. Eysenck, un notable teórico que abordó con gran rigor científico el estudio de la personalidad (Eysenck, 1967). Desarrollaremos el condicionamiento clásico en el capítulo 4.

A partir de los años sesenta, Bandura y Walters describen un modelo de aprendizaje que tiene ya una base "mediacional" en tanto el individuo aparece como un intermediario activo entre el estímulo y la respuesta. Se trata del **aprendizaje imitativo** u observacional, que estudia bajo qué condiciones se adquieren -o desaparecen- comportamientos mediante el proceso de imitación. Le dedicaremos también un capítulo.

El enfoque mediacional propiamente dicho adquiere gran relevancia en las décadas del '60 y '70 y actualmente, en que tiene lugar el desarrollo de las **corrientes cognitivas**. Hasta ese entonces, un poco por reacción a los enfoques "mentalistas" que se consideraban altamente especulativos, el conductismo había dejado de lado lo que pasaba "dentro de la cabeza", es decir lo que tenía que ver con pensamientos, sentimientos, expectativas, intereses y demás fenómenos subjetivos. Estos factores no habían sido considerados directamente en las concepciones del condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. Ahora, a partir de los años sesenta, varios autores comienzan a trabajar aplicando la metodología conductista a los procesos psicológicos subjetivos. Pensamientos, sentimientos y expectativas comienzan a ser objeto de estudio de los conductistas y tiene lugar el gran despliegue del enfoque cognitivo, que hoy en día constituye una línea de trabajo muy fecunda en el campo de la terapia conductual.

Los trabajos pioneros en esta línea corresponden a Albert Ellis, quien desarrolló una forma de psicoterapia llamada "Terapia Racional Emotiva", (TRE) (Ellis, 1962), que es en cierto modo la raíz del modelo cognitivo. Más adelante fue complementado y ampliado por autores como Aaron T. Beck, cuyo aporte a la comprensión y tratamiento de los cuadros depresivos tiene gran relevancia en la actualidad. Beck propuso un modelo psicopatológico de base cognitiva y una "terapia cognitivo-conductual de las depresiones" de probada eficacia (Beck, 1979). Martin Seligman, trabajando también sobre el fenómeno depresivo, propuso el modelo de la "desesperanza aprendida", de gran valor teórico y predictivo (Seligman, 1975). Donald Meichenbaum desarrolló un procedimiento conocido como "entrenamiento autoinstruccional" (Meichenbaum, 1974). Michael J. Mahoney, M. R. Goldfried y Arnold Lazarus han realizado también valiosos aportes a este modelo, al cual le dedicaremos dos capítulos.

Aunque en esta obra exponemos los modelos en forma separada, en la práctica interactúan para determinar la multiplicidad de

comportamientos humanos, conformando procesos de aprendizaje complejos. En general un cuadro clínico no suele explicarse sólo en términos operantes, respondientes o cognitivos. Estos procesos se relacionan entre sí en forma recíproca y evolutiva, y las estrategias terapéuticas combinan elementos de los distintos enfoques. Pero con fines didácticos y a los efectos de mostrar su evolución histórica, resulta útil presentarlos en forma separada.

ENFOQUE CIENTIFICO DE LA MODIFICACION DE CONDUCTA

El método experimental que caracteriza a la psicología conductista se aplica tanto a la investigación -procurando establecer las leyes generales del comportamiento- como a la modificación de hábitos perjudiciales o inconvenientes. El ejemplo siguiente permite apreciar cómo se aplica esta metodología en un caso concreto.

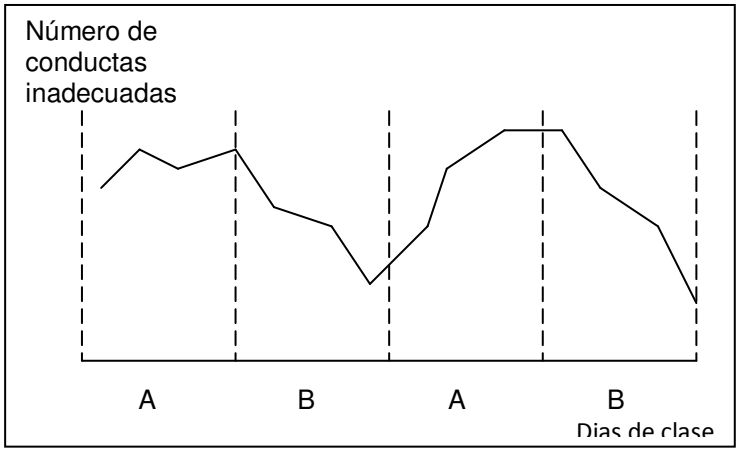
El psicólogo de un colegio es llamado para analizar y tratar la "mala conducta" de un alumno. A los efectos de recabar información entrevista a la maestra, al alumno y a sus padres y observa directamente el comportamiento del niño en clase. Constata que el chico recibe considerable atención por alterar el orden, ya que su maestra lo exhorta repetidamente a callarse y permanecer quieto, explicándole varias veces cómo debe conducirse. Concluye que es precisamente esa atención la que está manteniendo la conducta estudiada, y elabora una estrategia para modificar la situación. Instruye a la maestra para que ignore al chico cada vez que altera el orden y le dedique en cambio su atención e interés cuando exhiba un comportamiento adecuado.

En este ejemplo la variable dependiente (VD) es la conducta que se desea modificar. Sin embargo, definir dicha variable como "mala conducta" resulta ambiguo y poco operativo. A los efectos de instrumentar el programa es necesario describir con precisión la conducta, de modo que la maestra sepa exactamente cuándo atender

al chico y cuándo ignorarlo. Además, es conveniente definir el comportamiento en términos mensurables para poder registrar los aumentos y disminuciones en su frecuencia, y evaluar así la marcha del programa. En nuestro caso, la conducta problema consiste en pararse, deambular por el salón o hablar en voz alta sin autorización. Esta definición nos permite consignar el número de veces que el alumno emite la conducta durante un período determinado, por ejemplo en el curso de una clase.

Cabe formular las mismas precisiones respecto a la variable independiente: ¿Qué significa exactamente prestar atención? En nuestro caso, cualquier respuesta de la maestra parece eficaz para mantener la conducta. En consecuencia, la maestra deberá abstenerse de hablar o mirar al chico cada vez que se para, deambula o interrumpe la clase. En cambio, deberá dirigirse a él e incluso alabarlo cuando permanece sentado en su lugar o pide la palabra. Antes de poner en práctica el programa, el psicólogo registra la frecuencia con que ocurre la conducta sin tratamiento. Este dato, que corresponde al primer sector (A) de la gráfica, se conoce como línea-base. A continuación se introduce el tratamiento y se registran los cambios en la conducta (B). Si ésta varía en la dirección prevista -en nuestro caso disminuye-, es probable que el programa sea responsable del cambio. Sin embargo, el cambio podría atribuirse también a factores ajenos al tratamiento, por ejemplo a hechos fortuitos en la vida del sujeto que coincidieron con la aplicación del programa. Para comprobar que el tratamiento fue el responsable del cambio podemos retirarlo transitoriamente, volviendo a prestar atención a las conductas que se procura modificar. Como se aprecia en el tercer sector de la gráfica (A), dichas conductas deberían retornar a sus valores basales. Introduciendo nuevamente el tratamiento -último sector B- la conducta vuelve a disminuir, lo cual nos proporciona una seguridad adicional de que la modificación del comportamiento fue producida por el programa empleado.

Este diseño se conoce como ABAB y es uno de los modelos experimentales utilizados en modificación de conducta. Otros diseños incluyen grupos de control para comparar la respuesta de distintos sujetos en diferentes condiciones experimentales. Los lectores interesados en el tema pueden consultar la bibliografía que se detalla al final del capítulo. El ejemplo anterior pretende brindar una idea general acerca de la metodología empleada para explicar y modificar el comportamiento. A continuación resumimos las etapas que deben cubrirse al utilizar el método científico para modificar la conducta con fines terapéuticos.



El primer paso consiste en **definir con precisión la conducta** que se desea modificar. En la primera fase de la terapia, paciente y terapeuta establecen objetivos específicos de cambio. Cuando las quejas del paciente son vagas o muy generales, es necesario reformularlas en términos conductuales. En el curso de una terapia de pareja, por ejemplo, la esposa puede solicitar que su cónyuge sea

"más cariñoso". Para abordar este problema debemos definir primero qué entiende la paciente por "más cariñoso". Si desea que su marido se despida de ella con un beso cada mañana y que la abrace o la acaricie al acostarse aunque no mantengan relaciones sexuales, ya estamos definiendo sus objetivos en términos conductuales y podemos trabajar sobre ellos. Si como resultado de la terapia su esposo se aviene a complacerla en este punto, la formulación conductual nos permitirá evaluar si se cumplió o no con lo convenido y continuar el tratamiento a partir de allí. Sin esta definición precisa de objetivos, sería muy difícil evaluar después si su marido se condujo o no de un modo "más cariñoso". Esto no significa que se trabaje siempre sobre conductas aisladas o focales, tales como la demostración de afecto, una fobia o una disfunción sexual. La mayoría de los pacientes concurren a la terapia con problemas complejos y sin metas definidas de cambio. Afirman por ejemplo que están atravesando una crisis existencial, que tienen dudas respecto a sus propios sentimientos, que no están conformes con su vida conyugal o laboral, etc. El reformular dichas quejas en términos de conductas no simplifica el problema, pero permite analizarlo y definir objetivos concretos de cambio.

Si acordamos trabajar con un paciente para modificar su comportamiento depresivo, debemos establecer con precisión cuáles son las conductas depresivas y si es posible cuantificarlas. En otras palabras, necesitamos **obtener los datos de línea-base**, describiendo el estado actual de las conductas que se desea modificar: el número de horas que permanece en cama, las actividades que realiza durante el día -se lleva un registro-, su conducta verbal -quejas hipocondríacas, autorreproches, conversación informal, comentarios optimistas-, etc. También podemos consignar el puntaje que alcanza el sujeto en una escala o inventario de depresión. Una vez que hemos definido el problema en estos términos, estamos en condiciones de analizarlo y formular una hipótesis sobre el origen y mantenimiento de la conducta depresiva. Este paso se conoce como **análisis funcional de la**

conducta, y permite identificar los factores responsables de la persistencia del problema.

La metodología experimental exige que **las variables se definan en forma operacional**, especificando las operaciones que se realizan para medirlas o para registrar su ocurrencia. Si nuestra hipótesis propone que la ansiedad que experimenta un paciente cuando intenta hablar en público (VD) se debe a las ideas o pensamientos que evoca en ese momento (VI), debemos aclarar cómo objetivaremos dichas variables. La ansiedad podría definirse como la alteración de la resistencia eléctrica de la piel (RPG), el incremento de la frecuencia cardíaca o el puntaje que estima el sujeto en una escala de apreciación subjetiva -p. ej. de cero a cien-. La elección dependerá de la utilidad práctica que nos proporcionen estas u otras medidas en la situación concreta que estamos considerando. Las ideas pueden definirse como el reporte verbal que da el sujeto acerca de lo que se dice a sí mismo en la situación, por ejemplo: "se van a reír de mí", o de las imágenes que evoca en ese momento. Al objetivar las variables en juego es posible diseñar un experimento para comprobar la validez de la hipótesis. Además, la definición operacional permite que otros investigadores repliquen los experimentos, confirmando o cuestionando las primeras conclusiones.

El siguiente paso consiste en **diseñar una estrategia** para modificar el comportamiento en la dirección establecida. La estrategia se elabora a partir de la hipótesis explicativa que formulamos previamente. Si pensamos que la conducta depresiva es el resultado de ciertas distorsiones cognitivas, la estrategia incluirá procedimientos destinados a modificar las ideas y creencias equivocadas que se postulan como responsables del trastorno. Si suponemos que el reforzamiento familiar juega un papel importante en la persistencia del comportamiento depresivo, procuraremos modificar la respuesta del entorno familiar. Con frecuencia la estrategia incluye distintos procedimientos o técnicas en una secuencia determinada.

Por último, **se evalúa la efectividad del tratamiento** a la luz de los resultados obtenidos. Como la definición de objetivos terapéuticos es muy precisa, es relativamente fácil apreciar en qué medida se alcanzaron las metas fijadas. Si el paciente bajó el puntaje en el inventario de depresión y esa disminución se mantiene, si redujo el número de horas que permanece en cama, si aumentó su participación en otras actividades, etc., podemos afirmar que los objetivos se han alcanzado -total o parcialmente-. Si esto no ocurrió, por mayor que sea el conocimiento que el paciente adquirió de su problemática, no podemos hablar de un éxito terapéutico.

En relación a los procedimientos terapéuticos, se ha aplicado un criterio similar. Antes de considerar eficaz una técnica debe responderse a las siguientes preguntas: ¿Se obtiene con ella un porcentaje de mejorías o remisiones mayor que con una simple relación médico-paciente, sin psicoterapia específica? ¿El número de éxitos terapéuticos es superior al registrado por recuperaciones espontáneas -sin ningún tipo de tratamiento- durante el mismo lapso? ¿Se mantienen los resultados en el tiempo?

Incluso cuando se reconoce la eficacia de una técnica cabe preguntarse cuáles son los ingredientes realmente terapéuticos de la misma, lo cual lleva a plantear nuevos trabajos. En un procedimiento de probada eficacia como la desensibilización sistemática, por ejemplo, se ha investigado si es imprescindible la relajación muscular, si la confrontación imaginaria con las escenas temidas debe hacerse necesariamente en un orden jerárquico, etc.

QUE ES Y QUE NO ES TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO

Lamentablemente, los prejuicios y concepciones erróneas que aún hoy existen acerca de la terapia conductista, nos obligan a explicar qué no es terapia de la conducta y confrontarlo con lo que sí es esta disciplina. Ya hemos señalado en este capítulo que el análisis experimental del comportamiento no se limita a las conductas

observables y aclaramos el alcance del término conducta. Podríamos agregar aquí algunas precisiones terminológicas. **Conducta, comportamiento y respuesta** se usan en forma indistinta, como sinónimos. El enfoque conductista se caracteriza por la metodología que emplea para estudiar al individuo -el método científico-experimental-. La aplicación de este método al estudio de los comportamientos animales y humanos, dio lugar al enunciado de los principios que integran el cuerpo teórico del conductismo: las leyes del aprendizaje. Estos postulados, sin embargo no son inamovibles; se mantienen sólo en la medida en que sean congruentes con los hechos clínicos y experimentales. De modo que lo esencial del conductismo es el respeto a los datos objetivos, es decir su modalidad específica de estudiar la conducta -metodología-, y no el contenido de sus concepciones teóricas.

Terapia de la conducta es la aplicación de la metodología experimental y los principios del aprendizaje a la situación terapéutica. Los términos terapia y **modificación de conducta** suelen utilizarse como sinónimos, si bien este último se usa a veces en un contexto más "skinneriano", es decir en términos de condicionamiento operante. De hecho, Skinner y col. hablan sobre todo de modificación de conducta. Muchos autores consideran, probablemente con razón, que modificación de conducta tiene una acepción más amplia, porque incluye el cambio de comportamientos en contextos no terapéuticos. La aplicación de los principios conductuales a la mejoría del aprendizaje en estudiantes es un ejemplo de aplicación no terapéutica. En este caso sería más apropiado hablar de modificación que de terapia de la conducta.

Otro concepto muy importante, tan importante que le vamos a dedicar un capítulo, es **el problema de las causas** en psicoterapia conductista. Dicha sección se propone aclarar un concepto erróneo que está muy difundido: la idea de que la terapia del comportamiento es "sintomática", porque trata el "síntoma" neurótico y no se ocupa de las causas subyacentes. Este es tal vez el cuestionamiento que con

más frecuencia le hemos escuchado hacer a la terapia conductual, y por eso nos pareció oportuno dedicarle un capítulo entero de modo que no lo vamos a desarrollar aquí. Digamos solamente a manera de introducción, que en la concepción conductista los fenómenos neuróticos no constituyen síntomas de un conflicto inconsciente y sobre todo, y esto es muy importante, no se piensa que estén cumpliendo una función defensiva. Se piensa en cambio que los trastornos neuróticos, es decir las conductas inconvenientes para el sujeto, son el resultado de un proceso de aprendizaje, que es bastante complejo pero que se puede objetivar y estudiar en forma experimental. Por lo tanto, el objetivo de la terapia es primero analizar el trastorno para ver cuáles son los factores que lo están manteniendo, y luego sustituir la conducta neurótica por hábitos más convenientes.

Si el problema es una "inhibición social" -dificultad para establecer vínculos interpersonales, ansiedad e inseguridad en situaciones sociales-, para citar un caso concreto, no suponemos que el trastorno es el resultado del desplazamiento de un temor inconsciente ni que el sujeto se esté defendiendo con él frente a la angustia generada por un conflicto; pensamos que el paciente adquirió su inhibición mediante un proceso de aprendizaje, y que en el momento actual existen determinados factores que están manteniendo el problema. El análisis de los factores responsables de la subsistencia actual del trastorno es un proceso complejo que reviste gran importancia y que ya hemos mencionado en este capítulo -el análisis funcional de la conducta-. Como resultado de este análisis se elabora una estrategia terapéutica que supuestamente será efectiva. Si el análisis conductual nos revela que existe una ansiedad social condicionada, es probable que utilicemos como parte de la estrategia procedimientos para descondicionar la ansiedad como la desensibilización sistemática u otros. Si comprobamos que el paciente no ha adquirido las aptitudes necesarias para establecer una relación adecuada con sus semejantes, la terapia deberá encararse como una experiencia que le permita

aprender a comunicarse con los demás en un plano de igualdad, defender sus derechos, expresar sus deseos y sentimientos, tomar la iniciativa para establecer nuevos vínculos, etc. -entrenamiento asertivo-. Si encontramos que su inhibición social se debe a que alberga ideas equivocadas acerca de los vínculos interpersonales, le ayudaremos a reevaluar sus creencias y expectativas por medio de una reestructuración cognitiva. Al concebir la "inhibición social" como el resultado de un proceso de aprendizaje, el camino para modificarla consiste en desarrollar habilidades sociales más convenientes y gratificantes.

Queda claro entonces que el enfoque psicopatológico es distinto al psicoanalítico, y que no se piensa en los trastornos psicológicos en término de síntomas. El motivo de esta postura es que existe evidencia experimental para considerar a los fenómenos neuróticos como resultado de un proceso de aprendizaje, tanto por su reproducción en el laboratorio -neurosis experimentales- como por la respuesta de estos trastornos a los procedimientos conductuales. También se ha comprobado experimentalmente, por ejemplo en el caso de las fobias y es un hecho de observación clínica habitual, que los sujetos que superan sus trastornos mediante un tratamiento conductual no desarrollan síntomas sustitutos ni nada que se le parezca.

Otro concepto que habitualmente genera confusión y que está íntimamente vinculado con el que venimos desarrollando, es la condición de "superficial" o "profunda" de la terapia del comportamiento. El concepto de profundidad es relativo. En un contexto psicoanalítico, profundizar se refiere a vincular los problemas actuales del paciente con conflictos que supuestamente tuvieron lugar en alguna etapa del desarrollo psico-sexual. Como los clínicos de orientación conductual entienden que los trastornos psicológicos son el resultado de un proceso de aprendizaje que persiste en el presente, no se plantea una profundización biográfica -si bien el estudio de la biografía es relevante-. Se efectúa en cambio una profundización

"transversal", el análisis funcional de la conducta, que supone un estudio exhaustivo y minucioso del trastorno en el aquí y el ahora, incluyendo su evolución hasta el presente. No tiene sentido, por tanto, afirmar que una modalidad es superficial apoyándose en una concepción psicopatológica distinta. Es bueno tener presente que existe más de una explicación para la conducta alterada, y que manejarse con un esquema psicopatológico cerrado conlleva el peligro de enclaustrarse dentro de una determinada línea de pensamiento que constantemente se va "confirmando" a sí misma.

La referencia al análisis funcional de la conducta que acabamos de hacer, resulta propicia para aclarar que la terapia del comportamiento no es un conjunto de técnicas que se utiliza en forma indiscriminada. Como vimos antes, la estrategia terapéutica se elabora una vez que se ha establecido cuáles son los factores responsables de que el problema subsista y cómo interactúan dichos factores en la actualidad. En otras palabras, las técnicas no se seleccionan en función del diagnóstico. Un paciente portador de una "disfunción sexual eréctil" puede requerir terapia sexual, reestructuración cognitiva, entrenamiento asertivo, procedimientos para descondicionar la ansiedad, etc., o lo que es más probable una combinación de varias técnicas en una secuencia definida. De modo que en terapia del comportamiento no se tratan entidades clínicas sino individuos que tienen problemas específicos y una historia de aprendizaje particular. El análisis conductual permite investigar en detalle cada caso a los efectos de plantear una estrategia específica para ese paciente.

A la luz de estos conceptos, resulta evidente que la terapia del comportamiento no consiste sólo en "aplicar técnicas conductistas"; su práctica requiere el conocimiento cabal de los pasos que hemos venido mencionando. Tanto el análisis conductual como el diseño de una estrategia terapéutica constituyen procesos complejos que deben tomar en cuenta numerosas variables. La recolección de datos se realiza principalmente por medio de la entrevista y se recurre además a la aplicación de cuestionarios, inventarios de autoobservación y

autorregistro, entrevistas con familiares e incluso medidas fisiológicas. La aplicación específica de las técnicas requiere naturalmente un entrenamiento suficiente, el conocimiento de los obstáculos que pueden surgir y la flexibilidad necesaria para ir adecuando el procedimiento a la evolución del paciente.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA PARA LOS CAPITULOS 1 y 2

MODIFICACION DE CONDUCTA. Craighead, Kazdin y Mahoney. Ediciones Omega S.A., Barcelona, 1981. Capítulos 1 al 5: "Fundamentos conceptuales de la modificación de conducta", y capítulo 6: "Modelos de cambio de conducta".

TECNICAS TERAPEUTICAS CONDUCTISTAS. Goldfried y Davison. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1981. Primera Parte: "Consideraciones Básicas" (capítulos 1 al 3).

TEXTO DE PSICOLOGIA HUMANA. Eysenck y Wilson. Editorial El Manual Moderno, México, 1980. Capítulo 1: "La psicología como una ciencia biosocial".

Capítulo 3

CONDICIONAMIENTO OPERANTE

Como vimos en el capítulo 1, un modelo de aprendizaje es un conjunto articulado de principios o leyes que explican bajo qué condiciones se adquieren, se mantienen o desaparecen determinadas conductas. El condicionamiento operante se refiere a los comportamientos emitidos con una finalidad o propósito. Cuando abrimos la ventana para que entre aire o bebemos agua para aliviar la sed, nuestra conducta está dirigida a promover un cambio en el ambiente que nos rodea o en nuestro propio organismo. Se dice que estas conductas operan sobre el entorno, y por eso se las conoce como **conductas operantes**. Las mayoría de las conductas emitidas en la vida diaria pertenecen a esta categoría: hablar, caminar, escribir, trabajar, "hacer cosas" en general.

Los cambios que estas conductas promueven en su entorno se llaman **consecuencias**. En los ejemplos anteriores, la entrada del aire y el alivio de la sed son consecuencias de las conductas correspondientes -abrir la ventana y tomar agua-. El principio básico del condicionamiento operante establece que la emisión de una conducta depende siempre de sus resultados. En otras palabras, **la conducta está controlada por sus consecuencias inmediatas**. La lectura de este capítulo es un comportamiento que genera determinadas consecuencias: despierta interés, proporciona información, aburre, etc. La continuación o no de su lectura depende de las consecuencias específicas que produce o de la interferencia de otra conducta incompatible con la de leer, por ejemplo atender el teléfono, que a su vez se emite porque produce ciertas consecuencias.

Como la conducta que ya se ha emitido no puede alterarse, en este caso el hecho de haber leído, las consecuencias alteran en realidad la probabilidad futura de que ocurra el comportamiento -el

hecho de seguir leyendo-. En otras palabras, la emisión actual de una conducta depende de las consecuencias que ha generado en el pasado.

La conducta operante se experimenta frecuentemente como voluntaria. En otros casos puede emitirse en forma más o menos automática, como ocurre al dirigir la mirada hacia alguien que menciona nuestro nombre. Generalmente somos conscientes de nuestro comportamiento y de sus resultados. Otras veces actuamos inconscientemente, por ejemplo al darnos vuelta en la cama mientras dormimos buscando una posición más cómoda. En todos los casos, sin embargo, la conducta está controlada por sus consecuencias.

El condicionamiento operante, también conocido como aprendizaje instrumental, fue desarrollado por B.F Skinner a partir de 1938, fecha en que publicó su primera obra[4]. Como antecedentes pueden citarse los trabajos de Thorndike (1874-1949), quien desarrolló un concepto similar al de reforzamiento en su "ley del efecto" (Hilgard y Bower, 1966).

REFORZAMIENTO

Decimos que una conducta es reforzada cuando las consecuencias que genera aumentan su probabilidad de ocurrencia futura. La conducta de oprimir el botón del ascensor produce normalmente la llegada del mismo. Esta consecuencia determina que volvamos a oprimir el botón cada vez que necesitamos el ascensor. El proceso de reforzar una conducta se conoce como reforzamiento.

Existen dos modalidades de reforzamiento. Cuando el sujeto obtiene algo luego de emitir la respuesta, como en el ejemplo que acabamos de presentar, hablamos de **reforzamiento positivo**. Aquello

[4] "La conducta de los organismos"

que obtiene como resultado de la conducta -el ascensor- se conoce como **reforzador positivo**. El salario es un reforzador positivo para la conducta de trabajar, aunque esta conducta puede estar mantenida además por otros reforzadores: la satisfacción del deber cumplido, mantenerse ocupado, el placer que despierta una tarea agradable, etc.; esto varía, por supuesto, de acuerdo a la persona y a la situación. El reforzamiento positivo se conoce también como reforzamiento por presentación de un reforzador, porque el incremento en la probabilidad de la conducta se obtiene presentando un evento como consecuencia de la misma.

Reforzamiento Positivo

CONDUCTA	--------obtiene----------	REFORZADOR POSITIVO
Oprimir el botón		Ascensor
Trabajar		Salario

A veces se confunde el reforzador positivo con un premio. El premio se define como algo valioso o agradable que se otorga a quien alcanza una meta o realiza con éxito una tarea. Aunque los reforzadores positivos generalmente se consideran agradables, no siempre es así. De hecho, un reforzador positivo no se define por el valor que se le asigna sino por el efecto que tiene sobre la conducta en un caso concreto. Cualquier suceso que aparece después de emitida una conducta y aumenta la frecuencia de la misma es un reforzador positivo, aunque la mayoría de la gente no lo considere agradable. Si los retos maternos, por ejemplo, tienen como resultado que el chico continúe colgándose de las cortinas, están funcionando como reforzadores positivos, aunque nadie calificaría a los retos como premios. Inversamente, si un suceso no incrementa la probabilidad de

que se emita una conducta, no puede considerarse reforzador -para esa conducta- aunque se trate de algo generalmente valorado. La autorización para mirar televisión puede servir o no para reforzar la conducta de hacer los deberes. El único medio de comprobarlo es observar el efecto que produce sobre el comportamiento del chico.

Una segunda modalidad de reforzamiento consiste en quitar algo como consecuencia de la conducta emitida. Ejemplo de esto sería un padre encendiendo la luz del dormitorio de su hijo para terminar con el llanto del chico, o una persona aplicándose repelente para evitar que los insectos la piquen. El proceso se llama **reforzamiento negativo** o reforzamiento por retirada de un suceso aversivo, y los eventos que se suprimen -el llanto en un caso y las picaduras en otro- son **reforzadores negativos** para las conductas correspondientes.

Reforzamiento Negativo

CONDUCTA --------suprime---------	REFORZADOR NEGATIVO
Encender la luz	Llanto
Aplicarse repelente	Picaduras

Los términos empleados en el aprendizaje instrumental se prestan a veces a confusión. Conviene recordar que el reforzamiento es el acto de presentar o de suprimir un reforzador, mientras que el término reforzador se refiere al evento específico que se presenta o se suprime como resultado de la conducta. Al analizar situaciones como las presentadas en este capítulo, el lector puede encontrar útil formularse las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es la conducta que se está analizando? En el ejemplo del ascensor la conducta es oprimir el botón. En el caso de las picaduras consiste en aplicarse repelente.

2. ¿La conducta aumenta -es decir, se emite- o disminuye -deja de emitirse? En los dos ejemplos mencionados la conducta aumenta: el sujeto oprime el botón o se aplica repelente. Por lo tanto, en ambos casos se trata de un proceso de reforzamiento. Más adelante estudiaremos los procesos que disminuyen la ocurrencia de una respuesta.

3. ¿Cuál es el resultado de la conducta? Si se obtiene algo como consecuencia de la misma -llega el ascensor- se trata de reforzamiento positivo. Si en cambio se suprime algo -las picaduras- es un caso de reforzamiento negativo. Repárese en que tanto el reforzamiento positivo como el negativo **aumentan** la probabilidad futura de una conducta.

Los dos ejemplos de reforzamiento negativo que presentamos en este capítulo difieren en un punto: en uno de los casos el suceso no deseado ya está presente -el llanto del chico- y la conducta está destinada a hacerlo cesar. Esto se conoce como "condicionamiento de huída o escape". En el otro, el suceso aversivo -las picaduras- aún no ha ocurrido. Hablamos aquí de "condicionamiento de evitación", ya que la respuesta impide que el evento tenga lugar.

Tanto los reforzadores positivos como los negativos forman parte de una "contingencia". Cuando hablamos de una **contingencia conductual** nos referimos a tres elementos relacionados entre sí: la conducta, sus consecuencias y la ocasión en que dicha conducta produce esas consecuencias (Skinner, 1953). El timbre del teléfono constituye la ocasión para levantar el tubo -conducta- y saber quién llama -consecuencia-. Para que el reforzamiento sea posible, el reforzador debe proporcionarse en forma contingente con la

conducta. Esto significa que el reforzador se presenta una vez que ha ocurrido el comportamiento y no se presenta en ausencia del mismo. En otras palabras, el reforzador **depende de** la conducta. Las buenas calificaciones mantienen normalmente la conducta de estudiar porque se otorgan en forma contingente con el rendimiento de los alumnos. El lector puede imaginar el efecto que tendrían si se administraran en forma aleatoria -no contingente-.

Una visión más amplia del proceso de reforzamiento se obtiene a partir de los aportes de Premack, quien efectuó una revaluación del concepto de reforzador. Premack observó que cuando un individuo tiene libre acceso a una serie de actividades, el tiempo que dedica a cada una de ellas es variable. Esto define la preferencia o valor que el sujeto asigna a cada actividad, lo cual puede expresarse diciendo que las actividades difieren en su probabilidad. El **Principio de Premack** establece que las conductas o respuestas de mayor probabilidad pueden utilizarse para reforzar conductas de probabilidad menor. Si para alguien hacer gimnasia es una conducta de menor probabilidad que escuchar determinada audición radial por la mañana, puede hacer contingente la segunda conducta respecto de la primera con objeto de incrementar sus ejercicios matinales. Esto significa que escuchará la audición radial sólo si hace gimnasia. Repárese en que hablamos de conductas de mayor o menor probabilidad, y no de mayor o menor frecuencia. Las conductas de alta probabilidad son reforzantes por sí mismas y tienden a emitirse sin necesidad de estar mantenidas por otros reforzadores. Ir al dentista puede ser una conducta de alta frecuencia, pero difícilmente sirva para reforzar otro comportamiento.

De manera que la condición de reforzador no depende de una cualidad intrínseca del evento reforzante, sino de su relación de probabilidad con otros eventos. Cualquier actividad puede utilizarse para reforzar otra de probabilidad menor, y en esa circunstancia actúa como reforzador. Por otra parte, la preferencia por una actividad varía de acuerdo a la condición en que se encuentra el organismo. Mirar televisión puede ser de mayor probabilidad que dormir cuando

encendemos el receptor, pero a medida que aumenta el sueño y disminuye el interés por el programa la relación de probabilidades puede invertirse.

El Principio de Premack suele utilizarse en procedimientos de autocontrol. Como ejercicio, proponemos al lector que anote a continuación dos o tres pares de conductas propias que difieran en su probabilidad:

MENOR PROBABILIDAD	MAYOR PROBABILIDAD
1_____	1_____
2_____	2_____
3_____	3_____

Digamos para terminar que existen dos tipos de reforzadores. Aquellos cuya cualidad reforzante es natural y no debe ser aprendida porque satisfacen nuestras necesidades biológicas, son los **reforzadores primarios** o incondicionados. Incluyen el alimento, el agua, la actividad sexual, el calor, etc. Y los eventos cuya cualidad reforzante es el resultado de un aprendizaje, como el dinero, se conocen como **reforzadores secundarios** o condicionados. Entre estos últimos cabe destacar la atención, interés y preocupación por parte de otras personas, así como los alabos, elogios y muestras de aprobación -reforzamiento social- que tienen un elevado poder reforzante y pueden emplearse incluso con fines terapéuticos.

MOTIVACION

El principio básico del condicionamiento operante establece que la conducta está mantenida por sus consecuencias. Es común, sin embargo, invocar otros factores como supuestas causas del comportamiento. Uno de ellos es la voluntad, cuyo significado conductual será estudiado en el capítulo 8. Otra explicación popular de la conducta es la motivación. Decimos por ejemplo que un joven está muy motivado para hacer deportes o que está poco motivado para estudiar. Sin embargo, la conducta no se emite **porque** el sujeto esté motivado, sino **porque** tiene una alta probabilidad de ser reforzada.

El término motivación tiene un significado descriptivo, pero no explica en realidad el comportamiento. Cuando afirmamos que el joven está muy motivado para hacer deportes, sólo estamos indicando que dicha conducta es muy probable. A su vez, la conducta es muy probable porque está bajo el control de un reforzador muy potente. De modo que la "alta motivación" describe una situación en que la conducta está siendo intensamente reforzada.

La potencia de un reforzador, es decir su capacidad para controlar la conducta, no es siempre la misma para un mismo individuo. Si el sujeto se ha visto privado de alimentos, agua o ejercicio durante un tiempo prolongado, dichos eventos se transforman en potentes reforzadores. Decimos en tales casos que el sujeto tiene avidez por comer, beber o moverse. Técnicamente, esta situación se conoce como **privación**, y es uno de los factores que aumenta la motivación, es decir la probabilidad de la conducta orientada a obtener tales reforzadores.

El fenómeno inverso se conoce como **saciedad**: un evento pierde su capacidad reforzante si es suministrado en exceso. Cuando esto ocurre, la conducta puede disminuir en frecuencia. Podemos reforzar a nuestros hijos cada vez que toman sus propias decisiones y resuelven por sí mismos sus dificultades, con objeto de incrementar su independencia y autonomía. Pero si proporcionamos nuestro elogio

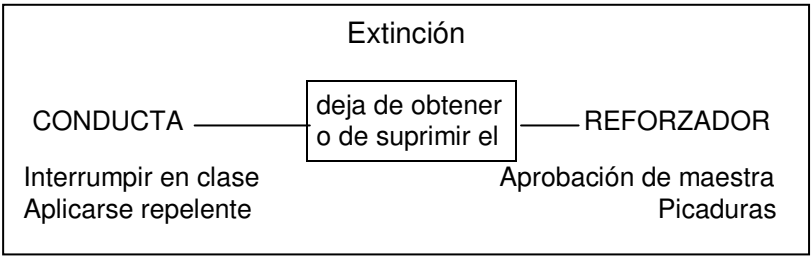
con demasiada frecuencia y siempre con las mismas palabras, corremos el riesgo de perder efectividad. De modo que el elogio debería ser suministrado de manera dosificada y con modificaciones. Lo habitual, sin embargo, es que se brinde poco reforzamiento por las conductas deseadas.

Privación y saciedad no son características intrínsecas de los reforzadores: se refieren al estado en que se encuentra el organismo. En otras palabras, la cualidad reforzante de un evento es variable, y depende de la situación en que se encuentra el sujeto.

EXTINCIÓN

Cuando una conducta deja de ser reforzada, disminuye su frecuencia hasta desaparecer, es decir se **extingue**. En el ejemplo del ascensor citado anteriormente, la conducta de oprimir el botón se extinguirá si deja de producir la consecuencia esperada -la llegada del ascensor-. Como vimos en el capítulo anterior, una maestra puede ignorar a un chico que constantemente interrumpe la clase al que estuvo reforzando inadvertidamente con sus reprimendas. La conducta del chico se extinguirá si estaba siendo mantenida por la atención de la maestra. Se debe tener presente que cuando se inicia un programa de extinción tiene lugar primero un incremento de la conducta, la cual luego sí decrece en frecuencia. Por lo tanto, es probable que al principio oprimamos reiteradamente el botón del ascensor hasta cerciorarnos de que no funciona, y que el chico hable más que antes al comienzo de la extinción en un intento de obtener el reforzador.

Las conductas que se mantienen por reforzamiento negativo también se extinguen cuando dejan de suprimir el suceso aversivo. Si los mosquitos nos pican a pesar del repelente, probablemente dejaremos de usarlo.



La resistencia a la extinción, es decir el tiempo durante el cual continúa emitiéndose la conducta una vez que cesa el reforzamiento, varía de acuerdo al "programa de reforzamiento" utilizado. Si cada respuesta del sujeto va seguida del reforzador, nos encontramos frente a un programa de **reforzamiento continuo**. La conducta de encender la radio pertenece a esta categoría, ya que cada vez que giramos la perilla se enciende el receptor. En otros casos, sólo algunos intentos del sujeto son reforzados; hablamos entonces de **reforzamiento intermitente**. Los vendedores ambulantes ofrecen su mercancía a mucha gente, pero no todos sus intentos culminan con éxito. Las ventas esporádicas que realizan refuerzan, en forma intermitente, su conducta de ofrecer la mercancía.

El reforzamiento continuo es útil para incrementar la emisión de aquellos comportamientos que ocurren con muy baja frecuencia. En combinación con otros procedimientos, por ejemplo la imitación, sirve para consolidar conductas nuevas; sin embargo, las conductas que se refuerzan de ese modo se extinguen rápidamente cuando dejan de ser reforzadas. El reforzamiento intermitente, en cambio, resulta apropiado para mantener comportamientos ya establecidos, porque determina una mayor resistencia a la extinción: una vez que cesa el reforzamiento, emitiremos la conducta durante un lapso más prolongado si fue reforzada en forma intermitente. Volviendo a los

ejemplos anteriores, es poco probable que sigamos girando la perilla de la radio si ésta no funciona; el vendedor ambulante, en cambio, continuará ofreciendo sus artículos durante largo tiempo aun cuando no venda ninguno.

En un programa de modificación de conducta puede emplearse ambos procedimientos en forma sucesiva. Si deseamos incrementar las interacciones sociales de un niño con sus pares, al principio le reforzaremos sobre una base continua, por ejemplo elogiándole cada vez que se acerca y juega con otro chico. Más adelante iremos espaciando el reforzamiento, elogiando sólo algunas de sus interacciones. En este caso, sin embargo, entran a jugar otros factores. El niño puede encontrar gratificante -reforzante- el jugar con otro chico, independientemente de nuestros elogios. De hecho, cuando se refuerza intencionalmente una conducta se espera que una vez establecida genere reforzadores por sí misma en su medio natural, de modo que se mantenga sin necesidad de reforzamiento externo. Remitimos al lector a la bibliografía sugerida al final del capítulo para una descripción detallada de los diferentes programas de reforzamiento.

La extinción no es el único procedimiento para reducir la emisión de conductas; suele complementarse con el **reforzamiento de una conducta incompatible** con la que se desea extinguir. En el ejemplo que vimos en el capítulo anterior la maestra empleó con éxito este procedimiento. Además de ignorar al chico cada vez que interrumpía la clase, se dedicó a elogiarlo y felicitarlo cuando se conducía correctamente. Repárese en que muchas veces se hace lo contrario: se presta atención a una persona cuando emite el comportamiento inadaptado y se la ignora cuando se conduce de manera adecuada.

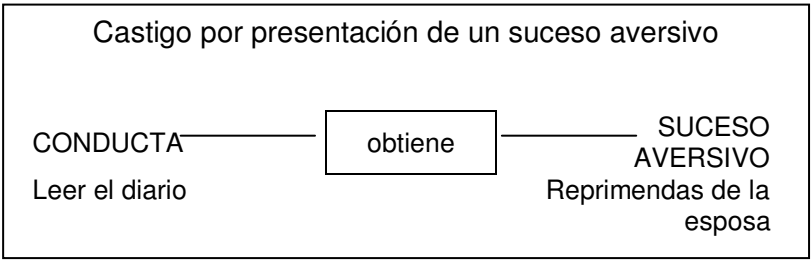
CASTIGO

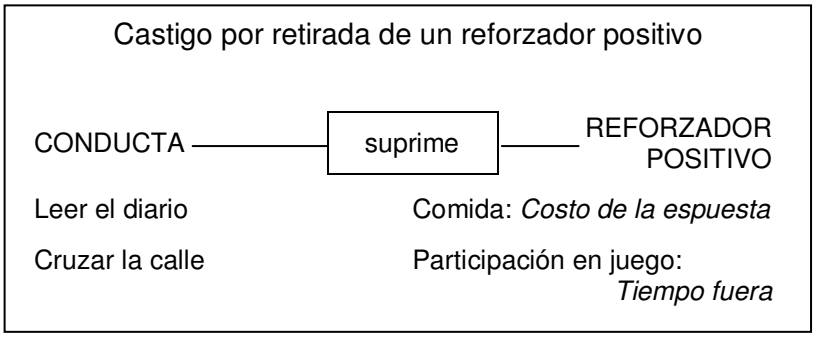
En muchos casos resulta deseable reducir la ocurrencia de comportamientos inconvenientes, por ejemplo conductas depresivas, autoagresivas, compulsivas, etc. Los procedimientos usados habitualmente son los ya vistos, principalmente la extinción y el reforzamiento de una conducta incompatible. Por otro lado, algunos métodos observados en situaciones cotidianas parecen no corresponder a ninguno de los mencionados. Cuando un padre da una palmada a su hijo por introducir los dedos en un tomacorriente, está usando un procedimiento que se conoce habitualmente como castigo. En terapia del comportamiento, sin embargo, el término castigo tiene un significado mucho más preciso. Se refiere al proceso por el cual se reduce la probabilidad de una conducta presentando un elemento aversivo -desagradable- o retirando un reforzador positivo luego de emitida la misma. De acuerdo a esta definición, la palmada castiga la conducta sólo si reduce la probabilidad de que el chico vuelva a introducir los dedos en el tomacorriente.

O sea que un procedimiento no se define como castigo porque involucre un suceso desagradable como la palmada, sino por el efecto que tiene sobre la conducta. El castigo tampoco está relacionado con "hacer justicia" o con tomar represalias. La medida de encarcelar a los delincuentes, por ejemplo, sólo podría considerarse castigo si redujera la probabilidad de que estos volvieran a delinquir. Por otra parte, tampoco es necesario que la contingencia se implemente con la finalidad de controlar el comportamiento: una tormenta inesperada puede
hacer cesar un entretenido partido de fútbol.

Las reprimendas de una esposa a su marido por leer el diario durante la cena, pueden considerarse castigo si consiguen que deje de leerlo. Otra medida sería retirar los platos de la mesa antes de que su esposo los toque. En el primer caso estaríamos frente a la presen-

tación de un suceso aversivo: las reprimendas; el segundo implica el retiro de un reforzador positivo: la comida.





El procedimiento de quitar un reforzador como consecuencia de la conducta puede adoptar distintas modalidades. Cuando se retira directamente el reforzador, como en el ejemplo anterior, hablamos de "costo de la respuesta". La otra variante consiste en retirar al sujeto de la situación reforzante para que no tenga acceso al reforzador durante cierto período; este período se conoce como "tiempo-fuera". Cuando un niño pequeño cruza la calle durante sus juegos, la madre puede impedirle jugar por unos minutos con objeto de evitar la reiteración del comportamiento peligroso. En este caso, y siempre que se emplea

el castigo para reducir una conducta, es conveniente reforzar al mismo tiempo una conducta alternativa o incompatible con la que se desea suprimir; por lo tanto, la madre debería reforzar al chico por jugar en la vereda además de castigarlo cuando cruza la calle.

Siempre que las circunstancias lo permitan es preferible utilizar la extinción y el reforzamiento de una conducta incompatible en lugar del castigo. Muchas veces la intervención terapéutica consiste precisamente en enseñar a las personas que mantienen relaciones estables -parejas, padres e hijos, etc.-, a usar el reforzamiento en lugar del castigo para promover cambios en los otros.

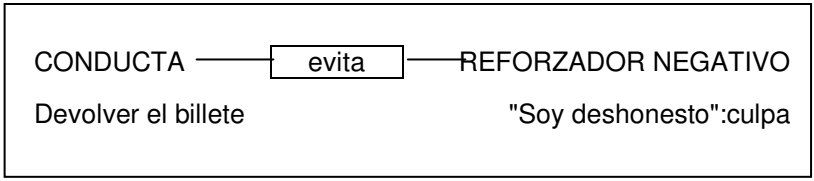
EL REFORZAMIENTO COMO UN PROCESO NATURAL Y UNIVERSAL

Hemos visto cómo puede modificarse la conducta alterando sus consecuencias -reforzamiento y castigo-. Sin embargo, conviene recordar que el reforzamiento y el castigo no son procedimientos creados en el laboratorio con la finalidad de controlar el comportamiento. Se trata de procesos naturales que siempre han existido. Los investigadores se han limitado a describirlos y estudiarlos en forma experimental. De esa manera han conseguido identificar las leyes que gobiernan la conducta y proporcionar al individuo un conocimiento útil para dirigir su propio comportamiento. Pero mucho antes de que los primeros investigadores describieran el proceso de reforzamiento y le asignaran ese nombre, los animales se dirigían al arroyo para saciar su sed y los hombres encendían el fuego para calentarse. De modo que el reforzamiento es un proceso natural y su existencia es independiente de la voluntad de los científicos que lo estudian.

Otro concepto básico radica en la universalidad del fenómeno: siempre que emitimos una conducta la misma está siendo reforzada de alguna manera. Para comprender este punto, conviene recordar que los reforzadores no consisten únicamente en objetos materiales

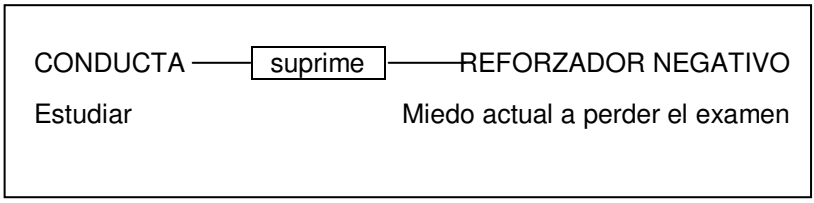
como el ascensor, la comida o el dinero; puede tratarse también de alabanzas o elogios que nos proporcionan otras personas. Las muestras de interés o preocupación por parte de amigos o familiares suelen ser reforzadores muy eficaces para controlar la conducta -ver p. ej. el ejercicio 2, al final de este capítulo-. Asimismo, la desaprobación y las críticas son consecuencias aversivas que dirigen nuestro comportamiento en muchas ocasiones.

En segundo lugar, no es imprescindible que los reforzadores sean administrados por otras personas: constantemente juzgamos nuestra propia conducta y la aprobamos o censuramos de acuerdo a pautas aprendidas previamente. Hablamos en este caso de autorreforzamiento y autocastigo. Cuando devolvemos un billete que el cajero nos ha entregado por error, lo hacemos para evitar la autocensura y la culpa que experimentaríamos al juzgarnos como deshonestos. Se trata de un ejemplo de reforzamiento negativo:



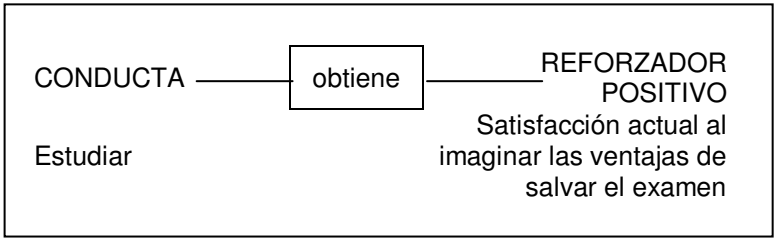
Por último, los humanos tenemos la facultad de anticipar los resultados de nuestros actos, imaginando o verbalizando interiormente sus probables consecuencias. Este proceso nos permite actuar con la finalidad de alcanzar resultados futuros. Recordemos que un reforzador, para ser eficaz, debe presentarse inmediatamente después de emitida la conducta. Cuando los resultados no son inmediatos, como ocurre al estudiar para un examen, pueden ser evocados por el sujeto en el momento de actuar. El estudiante probablemente se dice a sí mismo: "si no estudio voy a perder el

examen". Como esta idea le genera temor o culpa, estudia para evitar o suprimir el malestar emocional.



Repárese en que la reducción del temor o la culpa es una consecuencia actual, mientras que el hecho en sí de aprobar o perder el examen es un resultado futuro que no puede afectar directamente el comportamiento (Malott y García, 1986).

El sujeto también puede sentirse inclinado a estudiar porque anticipa las ventajas o beneficios que obtendrá por preparar la prueba: "si estudio voy a salvar el examen y me sentiré conforme con mi rendimiento, podré seguir adelante en mi carrera, mis padres se alegrarán", etc. Nuevamente, la evocación actual del resultado futuro es el factor que mantiene el comportamiento:



Otros factores pueden incidir en la misma dirección o en forma antagónica. El esfuerzo que demanda estudiar una materia difícil puede ser suficiente para castigar la conducta a pesar de los

reforzadores mencionados. Como saben muy bien los estudiantes, el reforzamiento de conductas incompatibles con la de estudiar juega también un papel importante. Pero en todos los casos la conducta está controlada por sus consecuencias inmediatas, sean éstas materiales, verbalizadas o imaginadas -anticipadas-, proporcionadas por otras personas o autoadministradas.

Este punto no siempre resulta claro para los estudiantes que toman contacto inicial con los principios del aprendizaje instrumental. En una de nuestras clases analizamos el ejemplo del chico que baja a la calle durante sus juegos -ver más arriba-. Luego de considerar distintas alternativas para disminuir su conducta de cruzar la calle -castigo mediante tiempo-fuera, reforzamiento de la conducta incompatible de jugar en la acera, etc.-, una compañera formuló la siguiente pregunta: "¿no sería más apropiado explicarle al chico por qué es peligroso bajar a la calle en lugar de recurrir al reforzamiento o al castigo"?

El error de este planteo consiste en suponer que la explicación, cuando funciona, opera a través de algún mecanismo distinto del reforzamiento o el castigo. En realidad la explicación determina que el niño retenga por ejemplo el siguiente mensaje: "si cruzo la calle me va a atropellar un auto". Cuando el chico se disponga a bajar a la calle, evocará la posible consecuencia de su acto y se detendrá. Sin embargo, las consecuencias poco probables muchas veces no son suficientes para controlar la conducta -ver más adelante-. La madre complementa entonces su explicación estableciendo un resultado más probable: le aplica una palmada o le impide jugar cada vez que baja a la calle. En todos los casos la conducta está controlada por sus posibles consecuencias: un accidente, una palmada o el impedimento de jugar.

En el ejemplo siguiente mostramos cómo pueden surgir las mismas dudas en el curso de una sesión terapéutica. Uno de nuestros pacientes había procurado infructuosamente levantarse a las 7 A.M. Se despertaba al oír el despertador pero permanecía en la cama de 30 a 40 minutos adicionales. Como primer paso confeccionamos una

planilla de autorregistro donde el paciente debía consignar diariamente la hora en que abandonaba la cama. En segundo lugar, identificamos un probable reforzador para la conducta de levantarse: leer el diario por la mañana. Luego de obtener los datos de línea-base, acordamos que en adelante leería el diario sólo si se levantaba antes de las 7 hs. Transcribimos a continuación uno de los diálogos con este paciente, porque ilustra la dificultad en comprender que el reforzamiento es un proceso natural y universal y nos introduce de paso en el concepto de libertad implícito en el enfoque conductual.

> TERAPEUTA -observando la planilla-. -Muy bien. Veo que se levantó a las 7 de la mañana cinco veces en la semana. Es un promedio excelente.
> PACIENTE. Sí. Aunque uno de esos días me levanté porque un cliente me había fijado una entrevista temprano, y naturalmente quería llegar en hora.
> T. ¿Cree Ud. que hay alguna diferencia entre levantarse para asistir a una entrevista y levantarse para leer el diario?
> P. Bueno, creo que el sistema del diario es artificial.
> T. ¿Qué lo hace artificial?
> P. Nosotros lo ideamos para obligarme a salir de la cama. Levantarme para la entrevista es una necesidad real.
> T. Desde el momento en que Ud. establece la regla del diario y la cumple, levantarse para leerlo es también una necesidad real. De hecho, siempre que Ud. se levanta temprano, o siempre que hace cualquier cosa, lo hace para obtener algo que desea -reforzamiento positivo- o para evitar algo que no desea -reforzamiento negativo-.
> P. Entiendo. Me levanto temprano para obtener algo que deseo: leer el diario o concurrir a una entrevista.
> T. Exacto. Siempre que se emite una conducta es porque está siendo reforzada de alguna manera. No existe otra posibilidad. La diferencia entre ambas situaciones es que en el caso

del diario la contingencia de reforzamiento la establece Ud., mientras que en el caso de la entrevista la contingencia es instrumentada por otra persona -o por circunstancias ajenas a Ud.-. Pero la conducta siempre debe ser reforzada para ser emitida.

P. ¿Qué ocurre cuando me levanto simplemente porque estoy cansado de estar en la cama, o porque quiero sentir que tengo fuerza de voluntad?

T. Son también ejemplos de reforzamiento. En el primer caso Ud. se levanta para suprimir el cansancio que le produce quedarse en la cama -o para disfrutar del placer de estirarse, si eso es lo que desea-. En el segundo Ud. se dice a sí mismo: "si no me levanto soy un haragán" -reforzamiento negativo-, o bien: "me levanté, hice lo que me propuse, tengo fuerza de voluntad" -reforzamiento positivo-. Cuando el reforzamiento consiste en su propia aprobación hablamos de autorreforzamiento.

P. ¿Puedo dirigir mi conducta utilizando el autorreforzamiento?

T. Por supuesto. Ud. puede emplear el autorreforzamiento o disponer en forma adecuada los reforzadores externos como el diario. La conducta sigue estando regulada por sus consecuencias, pero ahora es Ud. quien las establece y por lo tanto dirige su propia conducta. Esto es lo que llamamos autodirección, y constituye un aspecto básico de la libertad individual[5].

[5] En el último capítulo analizamos en forma más detallada el concepto conductista de la libertad.

CONDUCTA GOBERNADA POR REGLAS

El principio básico del comportamiento operante, según señalamos al comienzo de este capítulo, es que la conducta está controlada por sus consecuencias inmediatas. En la vida cotidiana, sin embargo, estamos familiarizados con situaciones en que la conducta se emite para alcanzar resultados diferidos. El caso del estudiante que citamos más arriba constituye un ejemplo típico: prepara un examen con el propósito de aprobarlo semanas o meses más tarde. Cuando tomamos una aspirina para aliviar el dolor de cabeza, la conducta de ingerir el analgésico también parece estar bajo el control de un resultado futuro. En efecto, el alivio que produce el medicamento puede demorar varios minutos.

Una de las soluciones propuestas para explicar el reforzamiento diferido es la descrita en el apartado anterior: la conducta puede estar controlada por consecuencias que el sujeto anticipa o imagina. A continuación ampliaremos este concepto a partir de los trabajos de Richard Malott (1986), quien desarrolló la noción de "reglas verbales". De acuerdo a este autor, las reglas son enunciados que describen las contingencias, es decir la conducta, sus probables consecuencias y la ocasión en que dicha conducta produce tales consecuencias. El sujeto se dice internamente: "si tomo una aspirina -conducta- cuando me duele la cabeza -ocasión-, probablemente se aliviará mi malestar -resultado-". Aunque el resultado es diferido, la regla verbal se establece ahora y refuerza el comportamiento en el presente.

Gran parte de nuestra conducta está controlada por reglas verbales. De hecho, este mecanismo nos permite organizar nuestra vida en función de metas lejanas, tales como prepararnos para ejercer una profesión, entrenarnos para una competencia deportiva y ahorrar para la vejez. Por supuesto que muchas de estas actividades generan también reforzadores inmediatos que contribuyen a mantener el comportamiento.

Sin embargo, no todas las reglas verbales son eficaces para mantener la conducta. Consideremos el siguiente enunciado: "si no empleo preservativos durante mis relaciones sexuales, tengo la posibilidad de contraer SIDA". Cuando los resultados anticipados son **poco probables**, como en este caso, la regla verbal se torna menos eficaz para controlar el comportamiento. En tal situación, otras consecuencias inmediatas y más probables pueden competir con la conducta deseada: la pérdida de sensibilidad que supone el uso del preservativo, la interrupción del juego sexual que precede a la penetración, etc.

Las reglas que describen **resultados pequeños y acumulativos** tampoco controlan fácilmente el comportamiento. Las ventajas del ejercicio físico regular son por todos conocidas. Sin embargo, los beneficios de una sesión aislada de gimnasia son relativamente pobres, y con frecuencia no alcanzan para compensar el esfuerzo que demanda la sesión en sí. En otras palabras, el reforzamiento obtenido cada vez que se practica ejercicio es pequeño -a menos que el sujeto disfrute de la actividad-, mientras que el costo de la respuesta en términos de esfuerzo supone un castigo inmediato y de magnitud considerable.

Las contingencias que involucran resultados pequeños y acumulativos permiten comprender por qué tenemos dificultades en cultivar hábitos que consideramos deseables, o por qué mantenemos conductas que nos resultan inconvenientes. Como acabamos de ver, el balance de las consecuencias puede determinar que un comportamiento útil, tal como estudiar regularmente o practicar deportes, resulte difícil de mantener. Retomemos el ejemplo del estudiante que anticipa los resultados de preparar un examen. El beneficio que depara una hora de estudio puede no ser suficiente para compensar el aburrimiento o el esfuerzo que genera dicha tarea. Aunque el reforzamiento acumulado por estudiar regularmente es considerable, el reforzamiento obtenido por cada hora aislada de estudio es escaso. Los resultados aversivos de estar sentado durante ese lapso frente al

libro, en cambio, son de mayor entidad. Además, conductas incompatibles con la de estudiar, como mirar televisión o hablar por teléfono, pueden generar reforzadores de mayor magnitud que los obtenidos durante una hora de lectura.

De igual modo que los resultados pequeños y acumulativos, las consecuencias poco probables generan problemas de autocontrol. Como vimos a propósito del uso del preservativo, la dificultad en cultivar dicho hábito se debe a las desagradables consecuencias inmediatas de emplearlo, mucho más probables que el contagio y el embarazo. No necesitamos suponer que existe un "impulso autodestructivo" o un "deseo inconsciente de contraer SIDA" para explicar este fenómeno. Por supuesto que las personas varían en su capacidad para evocar resultados futuros. Algunas desarrollan el hábito de "vivir en el presente", mientras que otras se preocupan más por las consecuencias de sus actos. Hay quien percibe a las posibles tragedias como muy probables, mientras que otros minimizan generalmente los riesgos. Estos hábitos de pensamiento, que constituyen la personalidad individual, son el resultado de predisposiciones genéticas y de las múltiples experiencias de aprendizaje que atraviesa el sujeto a lo largo de su vida.

DISCRIMINACION

Hasta ahora nos hemos focalizado en los sucesos que ocurren después de emitida una conducta. Ahora veremos la importancia de los eventos que preceden a la emisión de la misma.

Cuando una conducta es reforzada en algunas situaciones pero no en otras, el individuo aprende a **discriminar** entre ambas y emite la conducta sólo en aquellas situaciones en que tiene probabilidad de ser reforzada. En la sala de espera del dentista, por ejemplo, una persona que se encuentra sin hacer nada y nos saluda cuando llegamos nos indica que nuestra conducta de conversar probablemente será

reforzada con su respuesta e interés; una persona que se encuentra enfrascada en su lectura y no levanta la cabeza cuando entramos, nos indica en cambio que el reforzamiento probablemente no tendrá lugar. Por lo tanto, es más probable que intentemos entablar conversación en el primer caso que en el segundo.

Los sucesos que preceden a las conductas se llaman **estímulos**, y como acabamos de ver pueden ser de dos tipos: el estímulo que señala que nuestra conducta probablemente será reforzada se llama **estímulo discriminativo** (E^D), y el que nos indica que el reforzamiento no tendrá lugar se conoce como **estímulo delta** (E^Δ).

Gran parte de nuestra conducta está controlada por los estímulos. La luz verde del semáforo es un E^D para la conducta de cruzar la calle y la luz roja es un E^Δ para la misma conducta. Es más probable que hablemos en voz alta en una fiesta (E^D) que en una biblioteca (E^Δ), y nos vestimos de distinto modo para asistir a un congreso que para ir a un pic-nic. Algunos problemas surgen cuando determinadas conductas que deberían estar controladas por estímulos no lo están -la persona no discrimina-. En otros casos, ciertos comportamientos, por ejemplo comer en exceso, están controlados excesivamente por estímulos antecedentes -como la disponibilidad de alimentos- cuando tal control es inconveniente.

GENERALIZACION

La **generalización del estímulo** tiene lugar cuando una conducta que fue reforzada en una situación se emite en una circunstancia distinta. De modo que este proceso es inverso a la discriminación. Un chico que siempre ha sido reforzado por obedecer ciegamente a sus padres puede conducirse de manera sumisa y obediente frente a otras personas. Cuanto mayor es la semejanza entre la nueva situación y la original, más probable es que se generalice el comportamiento aprendido. Clínicamente, esto puede utilizarse para disponer la

situación de tratamiento de modo que se parezca lo más posible a la situación real, para que las nuevas aptitudes aprendidas en el consultorio puedan generalizarse a la vida cotidiana. Un ejemplo sería el ensayo de conducta, durante el cual se reproduce con la mayor fidelidad posible la situación problemática a efectos de que el paciente aprenda a manejarla. Gracias a la generalización no es necesario pasar por un nuevo proceso de aprendizaje cada vez, sino que podemos aprovechar las pautas de comportamiento adquiridas en contextos distintos del original.

Hablamos de **generalización de la respuesta** cuando además de aumentar una conducta que fue reforzada, se incrementan también conductas similares o relacionadas con la que recibió reforzamiento. Si reforzamos a un vecino por saludarnos -p. ej. devolviéndole amigablemente el saludo- es probable que también aumente su conducta de detenerse a conversar con nosotros, a pesar de que ese comportamiento no fue directamente reforzado. Cuando una familia refuerza la conducta de llorar de uno de sus miembros, es probable que también se incremente la de quejarse, permanecer inactivo, etc. Los pacientes que se ven reforzados por el resultado de su conducta asertiva, por ejemplo por presentar una queja, pueden comenzar a exhibir otros comportamientos asertivos que aún no fueron reforzados, como iniciar una conversación o pedir un favor.

MOLDEAMIENTO

Cuando se desea instaurar conductas que no están en el repertorio del individuo, no es práctico esperar hasta que aparezcan para luego reforzarlas, porque tal vez no aparezcan nunca. En estos casos se debe recurrir al **moldeamiento o reforzamiento por aproximaciones sucesivas**, que consiste en reforzar al principio las conductas que tienen algún parecido con la deseada, e ir aumentando paulatinamente las exigencias para el reforzamiento. A medida que se

desarrolla el proceso, la conducta debe parecerse cada vez más a la buscada para ser reforzada. Si queremos enseñar a un niño a comer solo, al principio reforzaremos cualquier comportamiento que se parezca vagamente a "comer solo", por ejemplo introducir la cuchara en el plato. Luego esperaremos a que transporte el alimento hasta su boca aunque lo vuelque, más tarde lo reforzaremos sólo si lleva la comida hasta su boca sin volcarla, etc. Simultáneamente podríamos utilizar otros procedimientos, como realizar nosotros la conducta para que la imite; en este caso, sin embargo, ya estaríamos utilizando el "modelado", o sea la imitación de un modelo, que tiene sus leyes propias y no debe confundirse en el moldeado, al cual puede complementar.

Durante un entrenamiento asertivo podemos ir moldeando el modo en que un paciente enfrenta una actitud manipulativa de otra persona -p. ej. de un familiar-. Una de las técnicas a utilizar puede ser el "ensayo de conducta", durante el cual vamos enseñado al paciente a responder en forma asertiva, y exigimos en cada ensayo una respuesta más adecuada para reforzarlo con nuestra aprobación.

EJERCICIOS

Proponemos a continuación algunos ejercicios para aplicar los principios del condicionamiento operante. Sugerimos al lector que responda por escrito a las preguntas que se formulan en el texto, utilizando los espacios en blanco que se dejan con esa finalidad.

Las situaciones-problema se presentan aquí en forma resumida, a los efectos de aplicar los conceptos desarrollados a lo largo del capítulo. En la práctica, no siempre es posible interpretar estas situaciones en términos exclusivamente operantes.

1. Un alcohólico bebe cada vez que se deprime, evitando de ese modo las vivencias angustiosas y depresivas. El alcohol le produce además

una agradable sensación de bienestar y euforia. ¿Qué mecanismos están manteniendo la conducta de beber?

2. Una paciente que vive con su esposo e hijas se queja de tristeza, desánimo, falta de fuerzas y permanece en cama la mayor parte del tiempo. Su familia responde demostrando gran preocupación por su estado, escuchando atentamente sus quejas y comportándose de manera muy considerada y protectora. En las escasas ocasiones en que la paciente exhibe comportamientos adecuados tales como levantarse, realizar alguna tarea o efectuar comentarios optimistas, se le presta muy poca atención.

a) ¿Qué conducta está siendo reforzada en la paciente?

b) ¿Qué conducta está siendo sometida a un proceso de extinción?

c) ¿Qué debería hacerse para disminuir las conductas depresivas y aumentar los comportamientos adecuados?

3. En un supermercado, un niño llora y se tira al piso hasta que su madre le compra una golosina que previamente le había negado.

a) ¿Qué conducta está siendo reforzada en el niño?

b) ¿Cuál es el reforzador y el tipo de reforzamiento?

c) ¿Qué conducta está siendo reforzada en la madre?

d) ¿Cuál es el reforzador y el tipo de reforzamiento?

4. Una nueva reglamentación de tránsito establece el siguiente procedimiento para disminuir el número de accidentes: los automovilistas que atraviesen un cruce con luz roja deberán detener sus vehículos durante 15 minutos en el momento en que se constate la infracción. Pasado ese lapso se les permitirá continuar la marcha. ¿Qué mecanismo se utiliza en este caso para disminuir la conducta de cruzar con luz roja? ¿Qué diferencia existe entre este procedimiento y la aplicación de una multa?

5. Un hombre fue reforzado desde pequeño por comportarse de manera dependiente frente a sus padres -p. ej. por consultarlos antes de tomar cualquier decisión y seguir sus indicaciones-. Luego de casarse se conduce del mismo modo frente a su esposa. ¿Cómo se conoce técnicamente este proceso?

RESPUESTAS CORRECTAS A LOS EJERCICIOS

EJERCICIO 1
Reforzamiento negativo y positivo respectivamente.

EJERCICIO 2
a) La conducta "depresiva", que en este caso consiste en quejarse y permanecer en cama.
b) La conducta activa -no depresiva-.
c) Invertir las contingencias del reforzamiento, es decir reforzarla cuando exhibe conductas adaptadas e ignorarla cuando permanece en cama, se queja, etc. No se trata de disminuir la cantidad de reforzador

-atención- que se le brinda, sino de proporcionárselo en distintos momentos.

EJERCICIO 3
a) La conducta de llorar y tirarse al piso.
b) El reforzador es la golosina. Se trata de reforzamiento positivo.
c) La conducta de comprarle la golosina.
d) El reforzador es la conducta que emite su hijo: llorar y tirarse al piso. Se trata de un proceso de reforzamiento negativo, puesto que le compra la golosina para que termine la escena.

EJERCICIO 4
En ambos casos se castiga la conducta infractora quitando un reforzador positivo como consecuencia de la misma. En el caso de la multa se retira directamente un reforzador: el dinero -costo de la respuesta-. En la detención transitoria del vehículo, en cambio, se retira al sujeto de la situación reforzante -tiempo fuera-.

EJERCICIO 5
Se conoce como "generalización del estímulo".

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

INICIACION AL ANALISIS Y TERAPEUTICA DE LA CONDUCTA. Robert P. Liberman. Editorial Fontanella, Barcelona, 1976. Primera parte: "Principios básicos de la Conducta". (Capítulos II al VII).

MODIFICACION DE CONDUCTA. Craighead, Kazdin y Mahoney. Ediciones Omega S.A., Barcelona, 1981. Capítulo 7: "Principios del condicionamiento operante".

Capítulo 4

CONDICIONAMIENTO CLASICO

Mientras el modelo visto en el capítulo anterior se refiere a los comportamientos intencionales, el que vamos a desarrollar aquí se aplica a las respuestas reflejas que habitualmente se consideran "involuntarias". Muchas funciones biológicas como las contracciones digestivas, la actividad cardíaca o la transpiración se ajustan automáticamente de acuerdo a las necesidades del organismo. Este ajuste se realiza a través del sistema nervioso autónomo, una división del sistema nervioso que regula el funcionamiento de las vísceras y las secreciones glandulares.

Otro tanto ocurre con las respuestas emocionales o afectivas: no es posible generar directamente un estado de ansiedad, temor o placer. La característica fundamental de estas reacciones es que son evocadas por ciertas situaciones o **estímulos**. La presencia de alimento en el estómago estimula las contracciones y secreciones digestivas y la inminencia de un examen médico puede generar temor o ansiedad en un paciente.

ESTIMULOS		RESPUESTAS
Alimento en el estómago	→	Contracciones y secreciones digestivas
Examen médico	→	Temor

La conducta operante también puede emitirse en presencia de ciertos estímulos, pero estos últimos sólo aumentan la probabilidad de

que ocurra el comportamiento. El sonido del timbre no dispara necesariamente la conducta de atender el teléfono. Las respuestas que analizamos en este capítulo, en cambio, aparecen en forma refleja cada vez que el sujeto entra en contacto con el estímulo. Por otra parte, es posible acercarse o alejarse voluntariamente del estímulo y ejercer de esa manera un control indirecto sobre la respuesta. El paciente puede diferir el examen médico y evitar transitoriamente el temor que le produce. Como veremos más adelante, los pensamientos también pueden actuar como estímulos, de modo que al cambiar nuestros pensamientos podemos alterar nuestro estado emocional.

Las respuestas que estamos analizando tienen un significado funcional, es decir preparan al organismo para cumplir una función determinada: lucha, huida, digestión, actividad sexual, etc. Por este motivo suelen presentarse como patrones integrados de varias respuestas apropiadas para esa función:

ESTIMULOS	RESPUESTAS	
Situación peligrosa o amenazante	DESCARGA SIMPATICA: taquicardia, aumento de la presión arterial, transpiración, etc. TEMOR	Prepara al organismo para la lucha o la huída
Situación erótica	RESPUESTA GENITAL: erección, lubricación vaginal, etc.	Prepara al organismo para la actividad sexual

En otros casos, la respuesta obtenida en forma refleja es una conducta que también puede emitirse como una operante. Cuando

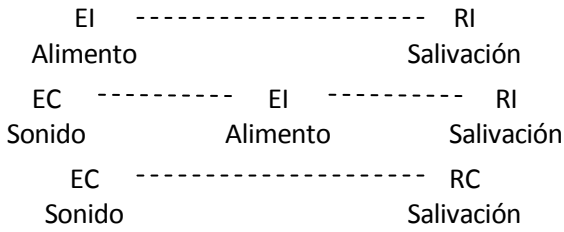
dirigimos un chorro de aire hacia el ojo obtenemos una respuesta de parpadeo; en otras ocasiones es posible parpadear intencionalmente.

Las respuestas estudiadas en este capítulo se conocen también como **conductas respondientes**, ya que en todos los casos el organismo responde ante ciertos estímulos. El proceso de adquisición y pérdida de estas respuestas se conoce como condicionamiento clásico, respondiente o pavloviano, por haber sido Pavlov quien describió los principios que regulan este tipo de aprendizaje.

PRINCIPIOS BASICOS

Pavlov observó que ciertos estímulos producían naturalmente determinadas repuestas en sus perros. La carne en polvo, por ejemplo, producía una respuesta de salivación sin necesidad de un aprendizaje previo. Llamó al alimento **estímulo incondicionado** (EI) y a la salivación así obtenida **respuesta incondicionada** (RI).

El experimento clásico consistió en presentar un estímulo neutro -que no producía salivación- por ejemplo el sonido de una campana, unos segundos antes que el EI. Luego de varios apareamientos, el estímulo anteriormente neutro se tornó capaz de producir por sí solo la respuesta de salivación, transformándose en **estímulo condicionado** (EC). La salivación así obtenida recibió el nombre de **respuesta condicionada** (RC). A diferencia de la RI, la RC es el resultado de un proceso de aprendizaje -condicionamiento-:



Pavlov y sus discípulos realizaron un gran número de experimentos manipulando las variables en juego -p. ej. la latencia entre la presentación del EC y el EI, la intensidad relativa de ambos estímulos, la incidencia de estímulos extraños- y observaron el efecto de estos cambios sobre la efectividad del condicionamiento. Algunos de los principios fundamentales que conviene retener son los siguientes:

El EC utilizado no es el único capaz de desencadenar la respuesta; ésta puede obtenerse también con estímulos semejantes al EC, proceso que se conoce con el nombre de **generalización**. La eficacia del nuevo estímulo para obtener la respuesta es proporcional a su semejanza con el estímulo original. Una persona que ha condicionado un temor a viajar en automóvil como resultado de un accidente puede generalizar su temor a otros medios de transporte -camiones, trenes, etc.-. El proceso inverso se conoce como **discriminación**, y gracias a él un sujeto puede reaccionar en forma diferente frente a estímulos parecidos si uno de ellos es seguido regularmente por el EI y el otro no. Un niño puede reaccionar con temor ante un compañero que habitualmente lo golpea pero no sentir miedo frente a otros chicos.

Cuando el EC se presenta reiteradamente sin el EI, pierde paulatinamente su capacidad de provocar la respuesta. Este proceso se conoce como **extinción**. Si dejamos pasar un lapso suficiente y volvemos a presentar el EC solo, aparece nuevamente una respuesta condicionada, aunque de escasa magnitud; se trata de la **recuperación espontánea**. Aunque la presentación aislada del EC suele conducir a la extinción, en ocasiones ocurre lo contrario y la RC que se obtiene es cada vez mayor. Este fenómeno, descrito por Eysenck, se conoce como **incubación** y ocurre sobre todo con respuestas condicionadas muy desagradables, por ejemplo altos niveles de ansiedad. Como veremos más adelante, tiene gran importancia para explicar la persistencia de las fobias.

Pavlov explicaba la asociación entre el EC y el EI por el establecimiento de una conexión nerviosa en el sistema nervioso

central. Relacionaba los fenómenos de condicionamiento con procesos de excitación e inhibición de la corteza cerebral. Explicaba por ejemplo la generalización como resultado de la irradiación de la excitación cortical, y la discriminación como una concentración de dicha excitación.

Para Pavlov los procesos de condicionamiento tendrían un valor adaptativo, ya que permiten al individuo reaccionar en forma adecuada frente a estímulos nuevos de su entorno.

LA RESPUESTA DE ANSIEDAD

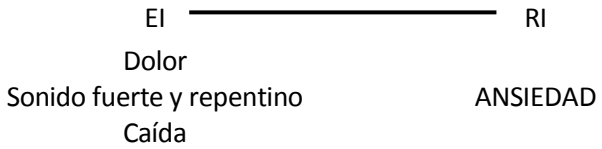
Como vimos en el capítulo 1, el término ansiedad engloba a una serie de conductas que se presentan en forma integrada. A nivel somático son características las respuestas fisiológicas promovidas por el sistema nervioso autónomo -simpático y parasimpático-. Pertenecen a esta categoría las alteraciones cardiovasculares -taquicardia, aumento o disminución de la presión arterial-, digestivas -diarreas, vómitos, sequedad de boca, espasmos gastrointestinales-, urinarias -micciones frecuentes-, cutáneas, etc. Otras conductas son privadas o encubiertas, como las vivencias subjetivas de temor, aprensión o estado de alerta, que a veces se describen como la espera de un peligro inminente.

Estas respuestas varían de un sujeto a otro, de modo que en un caso pueden predominar los ajustes cardiovasculares y en otro las manifestaciones digestivas o respiratorias. Tampoco existe correlación entre las alteraciones orgánicas y los fenómenos privados, ya que un sujeto puede experimentar la sensación subjetiva de "estar nervioso" y presentar en cambio mínimas respuestas fisiológicas.

Desde el punto de vista biológico se trata de un conjunto de respuestas involuntarias que aparecen frente a ciertos estímulos o situaciones. La reacción está genéticamente determinada y es la misma independientemente de la noxa o peligro que amenace al

sujeto. Las alteraciones fisiológicas que involucra tienen una finalidad homeostática, ya que preparan al individuo para la huida y tienden a mantener el equilibrio del medio interno frente a una posible agresión.

En términos conductuales decimos que se trata de una respuesta incondicionada frente a ciertos estímulos: el dolor, un sonido fuerte y repentino y la caída o pérdida de apoyo disparan la reacción ansiosa sin necesidad de un aprendizaje previo. Otros estímulos incondicionados serían la restricción física y la frustración -es decir la ausencia de un reforzador esperado-. Como veremos en seguida, la ansiedad puede condicionarse a estímulos originalmente neutros como el torno del dentista o la inminencia de un examen.



A veces se dice que la ansiedad se "somatiza" o "se pone en el cuerpo". Esta afirmación da lugar a confusión. La ansiedad no existe como una entidad que puede sacarse de un lado y ponerse en otro. El estímulo evoca tanto las manifestaciones somáticas como la vivencia subjetiva. Las respuestas físicas, al igual que las privadas, ocurren sólo después que han sido disparadas por el estímulo.

Tradicionalmente se describen la ansiedad y el miedo como fenómenos diferentes. El término miedo se utiliza cuando la fuente de temor es fácilmente objetibable, mientras que se habla de ansiedad cuando los estímulos responsables no se pueden identificar con claridad. El análisis conductual, sin embargo, no permite mantener esta distinción. Tanto la ansiedad como el miedo incluyen las mismas reacciones fisiológicas y comportan idénticas vivencias subjetivas displacenteras. Por otra parte, al concebir la ansiedad como una respuesta y no como una entidad independiente, asumimos que

siempre está desencadenada por un evento o situación -estímulo-. Los estímulos pueden ser internos -recuerdos, imágenes, pensamientos- o externos. Cuando la ansiedad es provocada por pensamientos como en el caso de un sujeto que se preocupa por su salud, su relación de pareja o sus dificultades económicas, puede parecer que se trata de un "temor sin objeto". Aunque no exista un objeto material que amenace al sujeto, los pensamientos aungustiantes funcionan como estímulos para la respuesta de ansiedad.

En su hipótesis de la "señal de seguridad", Seligman se refiere a la ansiedad como un estado de miedo crónico y persistente. En el caso del miedo propiamente dicho, la fuente del peligro es predecible por el sujeto, es decir: sabe cuando aparecerá. El temor se dispara entonces frente a la presencia o inminencia del objeto temido, que puede ser una situación fóbica o realmente peligrosa, pero no en su ausencia.

En el caso de la ansiedad, se produce un estado crónico de miedo porque el sujeto percibe la cercanía de un peligro pero no tiene manera de saber cuándo ocurrirá -es impredecible-. La fuente de peligro puede ser muy concreta, por ejemplo la posibilidad de perder el trabajo o de sufrir un ataque cardíaco y puede tratarse de una eventualidad real o supuesta; pero como no es posible predecir su ocurrencia, tampoco se puede estar seguro de que no ocurrirá y el sujeto reacciona como si el suceso temido fuera siempre inminente. El autor describe varios experimentos ilustrativos que avalan este punto de vista (Seligman, 1975).

CONDICIONAMIENTO DE LA ANSIEDAD Y ADQUISICION DE LAS FOBIAS

Los principios del condicionamiento clásico han resultado sumamente útiles para explicar la adquisición y mantenimiento de la respuesta de ansiedad, así como para elaborar estrategias

terapéuticas dirigidas a controlar dicha respuesta. Teniendo en cuenta el papel central de la ansiedad en las neurosis, resulta obvio el interés que estos trabajos han despertado entre los terapeutas.

La adquisición de las fobias como resultado de experiencias traumáticas constituye un ejemplo claro de condicionamiento clásico de la ansiedad. Un sujeto mordido por un perro puede desarrollar un temor condicionado a dichos animales -fobia-, debido a que el perro (EC) se asocia al trauma mordedura - dolor - lesión (EI para la respuesta de ansiedad). A partir de allí, el perro puede ser capaz de provocar por sí solo la reacción ansiosa (RC). A los efectos del condicionamiento no es imprescindible que la experiencia traumática le acontezca realmente al sujeto; puede tratarse de un evento imaginado u ocurrido a otra persona. Lo habitual es que la fobia se condicione a través de múltiples experiencias sub-traumáticas reales o imaginadas, propias o ajenas, recordadas u olvidadas. En muchos casos los sujetos son capaces de recordar el episodio condicionante inicial. Un paciente nuestro experimentaba gran temor cada vez que recibía una llamada telefónica nocturna, imaginando que podrían anunciarle el fallecimiento de su padre, gravemente enfermo. Pese a que éste se restableció completamente, aún reacciona con ansiedad y sobresalto cuando suena el teléfono por la noche. Aquí el EC -timbre- se asoció reiteradamente a un El imaginado -la muerte del padre-. Otro ejemplo de condicionamiento sin experiencias personales reales se encuentra en el temor a viajar en avión. Muchas personas han adquirido esta fobia leyendo los detalles de una tragedia aérea, imaginando que viajan en un avión que se estrella o al enterarse de un accidente ocurrido a otras personas.

El condicionamiento clásico no es el único modelo involucrado en el desarrollo de las fobias. Mowrer propuso su "teoría de los dos factores", que incluye un nivel operante en el mantenimiento de estos trastornos. De acuerdo a este autor, existen dos procesos consecutivos. Inicialmente se produce el condicionamiento de la ansiedad como acabamos de describir. Si a partir de ese momento la

persona continuara exponiéndose al EC -el objeto temido- el miedo terminaría por extinguirse, ya que el EC se presentaría entonces sin el EI -traumatismo o dolor-. Sin embargo, el sujeto comienza a evitar el objeto temido y no tiene oportunidad de exponerse a él sin sus consecuencias traumáticas. La conducta de evitación impide así que se extinga la RC de ansiedad. A su vez, el comportamiento evitativo se emite porque disminuye el temor. En otras palabras, las fobias se adquieren por condicionamiento clásico pero se mantienen por reforzamiento negativo.

El sujeto que ha condicionado una fobia no puede evitar siempre la situación temida. A veces se expone a ella brevemente obligado por las circunstancias o en un intento de vencer el temor. El individuo con miedo a los espacios cerrados puede verse obligado a mantener una entrevista en una habitación pequeña o a utilizar una cabina telefónica. Sin embargo, estas cortas y ocasionales exposiciones no permiten que se extinga el temor. El tratamiento de las fobias requiere un contacto prolongado con el EC -en este caso los espacios cerrados-. En otros casos el temor no se extingue porque la exposición es parcial. En el ejemplo anterior, abrir una ventana o la puerta supone evitar en parte la situación de encierro.

Estos hechos pueden explicarse recurriendo al fenómeno de la incubación descrito por Eysenck, (1976). Este autor reformuló el modelo pavloviano afirmando que la presentación del EC solo no siempre conduce a la extinción de la RC. La extinción ocurre sólo cuando la RC es neutra, es decir cuando no tiene valor emocional o motivacional. En el experimento clásico de Pavlov, la salivación es una RC neutra, porque no motiva o impulsa al sujeto a disminuirla. El sonido de la campana produce salivación, pero no genera un estado de hambre que induzca al sujeto a comer. Una RC de temor, en cambio, tiene propiedades motivacionales: el sujeto hará algo para reducirla. Este tipo de respuesta no se extingue presentando el EC solo, pudiendo incluso incrementarse. Como la RC es igual a la incondicionada desde el punto de vista de sus propiedades

emocionales o motivacionales, el efecto es el mismo que si se presentara el EI. Por lo tanto, el EC se potencia a sí mismo a través de la RC. El proceso de incubación ocurre sobre todo con exposiciones breves al EC, ya que los contactos prolongados producen finalmente la extinción de la ansiedad. Esto normalmente no ocurre porque como hemos visto, el sujeto evita las exposiciones prolongadas debido que le resultan ansiógenas. Procedimientos terapéuticos como la inundación mantienen al sujeto en la situación temida durante lapsos suficientes como para permitir la extinción de la fobia.

Roger Tarpy (1975) revisa las modificaciones que se han introducido a la teoría de los dos factores. Resumiendo una serie de experimentos, este autor concluye que el sujeto no evita en realidad el EC -p. ej. el perro- sino el EI -la mordedura-. El EC funciona como un estímulo discriminativo que señala la oportunidad para emitir la conducta de evitación. De acuerdo a este criterio, la terminación del EC -p. ej. la supresión del perro- no es el evento reforzante; simplemente, le indica al sujeto que su conducta ha sido eficaz para evitar el EI.

El mismo autor resume la teoría de Bolles (1970) según la cual lo que el individuo adquiere en realidad es una expectativa: aprende a esperar el EI cada vez que se enfrenta al EC. Esta expectativa dispara reacciones instintivas de la especie -p. ej. huir, permanecer inmóvil, etc.- hasta que una de ellas resulta eficaz para evitar el EI y queda reforzada (Tarpy, 1975).

Estas teorías de naturaleza cognitiva complementan las formulaciones anteriores. Las exposiciones breves no permiten al sujeto comprobar que el perro no va seguido normalmente por la mordedura, la cual continúa siendo anticipada y por lo tanto "evitada". Las exposiciones prolongadas, en cambio, permiten al sujeto reestructurar sus expectativas: deja de esperar el EI cada vez que aparece el EC y se extingue entonces la ansiedad. Este proceso explica el efecto de las técnicas que mantienen al sujeto en contacto

con el objeto temido durante un lapso prolongado -inundación, prevención de la respuesta-.

Como puede apreciarse, la adquisición y mantenimiento de las fobias, al igual que otros comportamientos neuróticos, no se explica sólo por un proceso de condicionamiento clásico, sino por la interacción de diferentes procesos de aprendizaje. Incluso los principios del condicionamiento clásico, que fueron obtenidos a partir de la experimentación animal, deben adaptarse al complejo funcionamiento psicológico de los seres humanos. La generalización del EC, por ejemplo, no ocurre sólo a través de una semejanza física entre los distintos estímulos. Deberíamos hablar más bien de una semejanza percibida o incluso simbólica. Una persona puede percibirse como "encerrada" o "aprisionada" en una relación de pareja y generalizar su angustia a situaciones de encerramiento físico real -claustrofobia- que reproducen simbólicamente su situación de pareja. Esto no significa que el sujeto se esté "defendiendo" de su angustia original, ni que la esté "desplazando" a otro objeto: el paciente puede ser perfectamente consciente de su problema afectivo, que además persiste incambiado y no es sustituido por la claustrofobia. Y aunque el tratamiento debe orientarse en este caso a analizar y resolver su situación de pareja y el tipo de vínculos interpersonales que establece, esto no asegura la desaparición de la claustrofobia, que podría requerir incluso un tratamiento posterior.

Otro ejemplo de mecanismo patogénico complejo es el que tiene lugar en muchos casos de agorafobia, en que la presencia de un "miedo al miedo" ocupa un papel central: la misma anticipación temerosa del ataque de pánico pone en marcha la reacción ansiosa que "confirma" la inminencia del ataque. Se establece así un círculo patogénico que restringe cada vez más los desplazamientos del sujeto. En un caso que presentamos hace varios años (Chertok, 1982) se verificaba un mecanismo similar. El paciente experimentó su primer desvanecimiento en el curso de una formación militar. A partir de allí comenzó a preocuparse por la posible reiteración del fenómeno, que

le resultaba sumamente humillante. Al enfrentar nuevamente situaciones similares, su misma preocupación le generaba los primeros síntomas de ansiedad que le anticipaban un posible desvanecimiento, cerrándose así el círculo patogénico.

FACTORES PREDISPONENTES

Los fenómenos de condicionamiento ocurren siempre en un sujeto que tiene experiencias de aprendizaje anteriores -educación, curso vital- y una constitución biológica determinada. Estos factores conforman una personalidad definida, que favorece o inhibe los procesos de aprendizaje.

Eysenck (1967) realizó un estudio exhaustivo de la personalidad con gran rigor metodológico, definiendo dos dimensiones básicas: neuroticismo y extroversión. Los individuos pueden ubicarse a lo largo de un continuo que va desde los niveles más elevados de neuroticismo -inestabilidad emocional, baja tolerancia para las frustraciones, mayor reactividad neurovegetativa, vulnerabilidad para las neurosis- a los niveles más bajos -estabilidad emocional, etc.-. El mismo criterio se aplica a la dimensión extroversión-introversión, siendo rasgos típicos de extroversión la sociabilidad, impulsividad, actividad, vivacidad, excitabilidad, etc. Los rasgos opuestos corresponden a introversión: inhibición motora y verbal, racionalidad, actitud reflexiva, etc. La ubicación de los sujetos a lo largo de ambas dimensiones se realiza mediante estudios psicométricos.

Eysenck explica la extroversión en términos pavlovianos, como resultado del balance entre excitación e inhibición de la corteza cerebral. Una elevada activación cortical inhibe las estructuras inferiores determinando un comportamiento inhibido y una facilidad para los procesos intelectuales -introversión-. Inversamente, el predominio de la inhibición cortical libera la conducta y permite un comportamiento extrovertido.

La mayor activación cortical de los introvertidos favorece el condicionamiento y el aprendizaje, de modo que estos sujetos están más propensos a las influencias culturales y a la incorporación de normas familiares y sociales. Cuando tienen también un alto nivel de neuroticismo, tienden a presentar cuadros fóbicos, obsesivos y depresivos.

Las personas extrovertidas son más difícilmente condicionables, y cuando tienen neuroticismo elevado pueden desarrollar trastornos histéricos y psicopáticos. En ese sentido es conocida la dificultad de los "sociópatas" para adquirir e incorporar normas éticas, para ser corregidos por el castigo y para supeditar sus demandas instintivo-afectivas a una instancia reflexiva. Por el contrario, se caracterizan por su facilidad para pasar a la acción sin evaluar lo suficiente las consecuencias. El autor presenta en sus obras numerosos estudios que avalan estas correlaciones, así como la naturaleza constitucional de las dimensiones de personalidad. Los lectores interesados pueden consultar su obra "Fundamentos Biológicos de la Personalidad", cuyos datos consignamos en la bibliografía sugerida al final del capítulo.

Además de los factores de predisposición biológica, los individuos suelen adquirir a lo largo de su vida determinados patrones de conducta. Una conducta generalizada de evitación, por ejemplo, puede adquirirse como resultado de múltiples procesos de aprendizaje, muchos de ellos a nivel familiar: reforzamiento positivo de esa conducta, imitación de modelos, instrucciones verbales y mensajes no verbales, etc. Un patrón general de evitación ante las situaciones difíciles o desagradables favorece, como es natural, el desarrollo de comportamientos fóbicos.

Las experiencias previas de aprendizaje pueden predisponer al sujeto a reaccionar con ansiedad frente a estímulos específicos. Consideremos el caso de un individuo que desarrolla una fobia a viajar en avión luego de un vuelo accidentado. El análisis conductual puede revelar que ya existía cierta aprensión o temor a los aviones antes del

episodio traumático. Dicho temor debió adquirirse a partir de experiencias anteriores propias o ajenas, modelos familiares, relatos dramáticos sobre tragedias aéreas, etc. Como los sujetos difieren en su historia personal de aprendizaje, es variable también su susceptibilidad a los distintos estímulos.

Aunque los principios del condicionamiento clásico se utilizan con frecuencia para estudiar la respuesta de ansiedad en razón de su importancia clínica, el modelo pavloviano permite explicar también muchas reacciones adquiridas frente a los más variados estímulos. Es común por ejemplo que ciertas melodías despierten en nosotros determinados estados de ánimo por haber estado asociadas a sucesos significativos; la secreción de saliva al escuchar el ruido de los platos cuando estamos hambrientos es un fenómeno menos romántico pero igualmente conocido. Las simpatías y antipatías espontáneas hacia otras personas pueden explicarse por alguna semejanza -parecido físico, voz, actitud, contexto en el que las conocemos- de estas personas con otras que hemos conocido. Se trataría aquí de una generalización del EC.

APLICACIONES TERAPEUTICAS

Los principios del condicionamiento clásico y en general la patogenia de las ansiedades condicionadas han dado lugar al desarrollo racional de procedimientos terapéuticos. Uno de los autores que ha contribuido más en esta dirección ha sido Wolpe (1958), quien trabajó sobre neurosis experimentales inducidas en gatos en la década del '50. Partiendo de los paradigmas de aprendizaje de Pavlov y Hull, Wolpe enunció el principio de la "inhibición recíproca", piedra angular de técnicas tan eficaces para el descondicionamiento de la ansiedad como la desensibilización sistemática. Aunque la descripción de dichas técnicas no se cuenta

entre los objetivos de este manual, resultará útil referir brevemente el principio en que se apoyan.

Ya Hull había señalado que luego de emitirse una respuesta -p. ej. salivación- el organismo quedaba momentáneamente refractario para emitir nuevamente la misma respuesta. Este fenómeno, llamado "inhibición reactiva", tiene un significado similar al concepto habitual de fatiga. La inhibición reactiva -fatiga- determina un cese de la actividad -descanso-. El cese de la actividad constituye una respuesta valiosa para el organismo ya que disminuye la fatiga, y como tal puede condicionarse a otros estímulos. Como la huella del EC -p. ej el sonido de la campana- aún está presente en el momento en que se produce la inhibición reactiva, puede quedar condicionado al cese de la actividad y desarrollar así la capacidad de inhibir la respuesta que antes producía -salivación-. Este proceso se conoce como "inhibición condicionada", y junto con la inhibición reactiva explica la extinción de las respuestas que no van seguidas del EI.

Wolpe razonó que el EC podía desarrollar igualmente cualidades inhibitorias si era asociado a una inhibición de la respuesta distinta de la inhibición reactiva. De hecho, cuando el EC se presenta conjuntamente con otro estímulo inhibidor de la RC, el EC pierde su capacidad para evocar la respuesta. Este es el principio de la **inhibición recíproca**, que Wolpe resumió en los siguientes términos -aplicándolo específicamente a la respuesta de ansiedad-:

"Sí, en presencia de un estímulo evocador de la ansiedad, puede conseguirse una respuesta antagónica que suprima total o parcialmente la ansiedad, entonces se debilitará el vínculo entre dicho estímulo y la respuesta de angustia" (Wolpe, 1958)[6].

[6] Psicoterapia por Inhibición Recíproca, Edit. DDB, 1978.

La respuesta antagónica de la ansiedad que más usó Wolpe fue la relajación muscular, que resulta incompatible con la excitación ansiosa. En otras palabras, si era posible confrontar al sujeto con el estímulo que provocaba ansiedad -p. ej. un perro- e inhibir al mismo tiempo la ansiedad mediante una relajación muscular profunda, Wolpe pronosticaba que se debilitaría la capacidad del perro para generar ansiedad. Esto lo comprobó en forma experimental induciendo ansiedad condicionada en gatos, que desarrollaban una fobia a la jaula donde se les administraba un choque eléctrico, y suprimiendo luego el temor usando la alimentación como inhibidor de la ansiedad. Al principio los animales se negaban a comer en la jaula experimental -e incluso en la sala donde se desarrollaba el experimento- porque el temor era muy intenso e inhibía la conducta alimentaria. Pero utizando salas distintas de la original, donde la ansiedad era mucho menor –generalización /discriminación- Wolpe consiguió que la respuesta de alimentarse fuera más intensa e inhibiera el temor. Alimentando a los gatos en salas cada vez más parecidas a la original, el experimentador consiguió finalmente que los animales perdieran el miedo al lugar donde habían recibido los choques. A partir de estas observaciones, Wolpe desarrolló una técnica para el tratamiento de las ansiedades condicionadas en seres humanos, la desensibilización sistemática, que cuenta con un elevado porcentaje de éxitos terapéuticos.

Corresponde señalar, sin embargo, que la desensibilización sistemática no es el único procedimiento disponible para reducir los temores en la práctica clínica. El mismo Wolpe utilizó otras técnicas, por ejemplo "la ira inducida". Por otra parte, al explicar el desarrollo de los temores condicionados señalamos la incidencia de procesos diferentes del condicionamiento clásico. Esto ha dado lugar al desarrollo de otros procedimientos para el tratamiento de las reacciones fóbicas como el modelado participante, la inundación, la implosión, etc. Para muchos autores ni siquiera la desensibilización sistemática puede explicarse sólo en términos pavlovianos, sino que

juegan además otros factores. De hecho, esta técnica requiere una exposición imaginaria a los estímulos temidos seguida de una confrontación real, la cual puede generar un cambio en las expectativas del paciente que contribuya a la desaparición del temor. Como explicamos anteriormente, el sujeto puede aprender que el EC no va seguido habitualmente del EI, extinguiéndose así la respuesta de ansiedad.

Los principios del condicionamiento clásico se han utilizado también para el tratamiento de situaciones clínicas distintas de las fobias. Existen técnicas para incrementar la apetencia heterosexual en homosexuales que desean modificar su orientación, como el "recondicionamiento orgásmico" o la técnica de las diapositivas superpuestas descrita por Barlow y Agras en 1973. Algunos procedimientos para eliminar hábitos nocivos, como la "sensibilización encubierta" de Cautela para el control de la obesidad o el alcoholismo, se apoyan al menos parcialmente en los principios del condicionamiento clásico.

EJERCICIO

Proponemos al lector analizar el siguiente caso y responder luego a las preguntas que formulamos más abajo, anotando sus respuestas en los espacios en blanco. Se trata de un resumen preparado para aplicar los conceptos desarrollados en este capítulo.

Un joven de 17 años desarrolla una fobia a viajar en ascensor luego de quedar atrapado durante varios minutos en uno de estos vehículos. En esa oportunidad se angustió intensamente pensando que se agotaría el oxígeno y que podría morir asfixiado. Junto a él viajaba una persona que también experimentó una gran ansiedad. A partir de entonces utiliza sólo las escaleras, incluso para subir a los

pisos altos. En dos o tres oportunidades intentó subir en ascensor, pero su ansiedad le obligó a descender en la primera parada y debió continuar por la escalera. En una ocasión llegó hasta su destino -5º piso- pero a costa de una gran ansiedad.

Relata que desde niño ha sido muy "nervioso e impresionable", con tendencia al llanto fácil y temores diversos: a la oscuridad, a estar solo, etc. Socialmente se considera tímido y evita los grupos numerosos. Le cuesta hablar en público, por ejemplo intervenir en clase, y aunque ha concurrido a algunos bailes no se anima a invitar a una chica a bailar. Como entretenimientos prefiere el ajedrez y la lectura a los deportes en grupo.

1. ¿Cuáles son los factores predisponentes que han favorecido, en este caso, la adquisición de la fobia?

2. ¿Cómo se produjo el condicionamiento de la fobia? Explique el proceso que tuvo lugar durante el episodio inicial.

3. ¿Cómo se mantuvo el temor luego del episodio inicial?

RESPUESTAS

1. Parecen existir factores de predisposición biológica -neuroticismo e introversión elevados-. El joven ha desarrollado además una conducta de evitación generalizada -evita los grupos numerosos, hablar en clase, invitar a una chica- lo cual constituye un factor de predisposición aprendido.

2. La adquisición de la fobia se explica por un proceso de condicionamiento clásico:

EC _____ EI _____ RI
ascensor atrapamiento (real) gran ansiedad
asfixia (imaginado)

EC _____ RC
ascensor gran ansiedad

También puede haber influido un proceso de "modelado", ya que su ocasional acompañante exhibió una considerable angustia. Este proceso se estudiará en el próximo capítulo.

3. La fobia se ha mantenido por la conducta de evitación -el paciente usa las escaleras- que a su vez se mantiene por reforzamiento negativo, ya que al evitar los ascensores disminuye la ansiedad. Puede haber ocurrido también un proceso de incubación, ya que las exposiciones al EC -los ascensores- han sido breves y despertaron una intensa RC -gran ansiedad-.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

PSICOTERAPIA POR INHIBICION RECIPROCA. Joseph Wolpe. Editorial DDB, Bilbao, 1978. (Corresponde a la edición en inglés de 1958).

PRINCIPIOS BASICOS DEL APRENDIZAJE. Roger M. Tarpy. Editorial Debate, Madrid, 1977. Capítulo 2: "Condicionamiento clásico".

TEXTO DE PSICOLOGIA HUMANA. Eysenck y Wilson. Editorial El Manual Moderno, 1980. Capítulo 4: "Condicionamiento" (Irene D. Martin).

FUNDAMENTOS BIOLOGICOS DE LA PERSONALIDAD. H.J. Eysenck. Editorial Fontanella, Barcelona, 1978.

Capítulo 5

APRENDIZAJE IMITATIVO

Dr. José Silva[7]

Este modelo fue descrito por dos autores norteamericanos, Albert Bandura y Richard Walters, a partir de 1960, de modo que es posterior a los paradigmas de condicionamiento que hemos visto antes. Por otra parte, es el modelo más intuitivamente evidente para cualquiera que se proponga estudiar el aprendizaje con sentido común. A partir de la nomenclatura ya es posible deducir que el aprendizaje imitativo -u observacional- trata de la imitación que puede realizar cualquier persona de la conducta de otra. El término aprendizaje social con el que también se lo conoce, alude al contexto interpersonal en que suele ocurrir; también es frecuente referirse a él como aprendizaje vicario, porque se hace a través de otra persona, o modelado, porque se realiza a partir de la conducta de un modelo.

En la vida cotidiana tenemos numerosos ejemplos de aprendizaje imitativo. Los niños, por ejemplo, imitan desde edades muy tempranas a sus padres, maestros y seres de ficción que les presenta la televisión, a quienes reproducen en sus juegos. Los jóvenes adquieren muchas destrezas como jugar al fútbol, maquillarse, fumar y hacerse el nudo de la corbata, gracias a la imitación. De hecho, constantemente aprendemos cosas observando a otras personas. También lo simios pueden imitar muchos rasgos y gestos humanos.

[7] Médico Psiquiatra.

ELEMENTOS BASICOS Y RELACION CON OTROS MODELOS

Todo aprendizaje imitativo pone en juego tres elementos:

- Un **imitador**, que contempla el comportamiento de otro sujeto y que termina, mediante la observación, por reproducir una conducta específica de ese sujeto -modelo-.
- Un **modelo**, que exhibe la pauta de conducta específica discriminada por el observador.
- Y un proceso de **reproducción comportamental**, un acto de copia del comportamiento, que está en la base de este aprendizaje.

La introducción del aprendizaje por imitación representó una novedad y en cierto modo una discontinuidad con los criterios prácticos y teóricos de los modelos de condicionamiento. Las diferencias prácticas se refieren al método de investigación y las teóricas a la interpretación conceptual del proceso de aprendizaje.

Desde el punto de vista metodológico, se sigue utilizando el método científico-experimental y la comprobación empírica de los postulados teóricos. La novedad es que el aprendizaje observacional se desarrolló desde el principio a partir de experimentos realizados en el hombre, mientras que los modelos de condicionamiento surgieron de experiencias realizadas con animales y debieron adaptarse luego a los comportamientos humanos.

En lo atinente a los postulados teóricos, la novedad radica en que introduce en forma explícita lo que en un capítulo anterior definimos como **variables mediacionales**. Determinados procesos que dependen de la actividad propia del organismo aparecen mediando entre el estímulo y la respuesta. Estos procesos tienen que ver con la función cognitiva del imitador, que debe percibir, registrar y luego reproducir una pauta de comportamiento determinada. Los modelos respondiente y operante restringieron su estudio a los estímulos y

respuestas manifiestas, dejando de lado -metodológicamente- los niveles de pensamiento, que no obstante estaban implícitos en muchas de sus formulaciones y fueron estudiados por otros investigadores. Aquí los procesos intelectuales del sujeto -atención, memoria, anticipación de consecuencias, etc.- se toman en cuenta como variables fundamentales.

El aprendizaje imitativo constituye un fenómeno tan evidente que fue mencionado por otros autores antes de Bandura y Walters. Dollard y Miller, por ejemplo, hablaban de este tipo de aprendizaje pero no lo separaban del condicionamiento operante. Sostenían que si un animal imitaba a otro se debía a que la conducta reproducida era reforzada. Es decir que si un grupo de ratas imitaba la conducta de un líder que tomaba por cierta senda de un laberinto, era porque las ratas recibían un trozo de queso al final del recorrido -reforzamiento-; de manera que la imitación del líder era un hecho accesorio respecto al mecanismo operante. Dollard y Miller sostenían además que la conducta reproducida ya estaba incluida en el repertorio previo de la rata. De modo que la imitación, según estos autores, reflejaba simplemente el reforzamiento de una pauta conductual preexistente. La novedad que aportan Bandura y Walters consiste en afirmar que los individuos pueden imitar comportamientos aunque no sean reforzados por emitirlos y aunque la conducta imitada no esté presente en el repertorio previo del sujeto. Estas dos premisas permiten separar conceptualmente el aprendizaje imitativo del instrumental.

De acuerdo al modelo operante, las conductas nuevas pueden instaurarse reforzando conductas que se parecen cada vez más a la deseada -reforzamiento por aproximaciones sucesivas o moldeado-. Según Bandura, este es un procedimiento lento y trabajoso que no puede explicar la multiplicidad de comportamientos animales y humanos. Un animal que nace y se cría junto a sus progenitores no podría adquirir las conductas necesarias para sobrevivir si debiera esperar que una larga serie de contingencias ambientales le refuerce

en forma diferencial las conductas adaptativas; si la subsistencia del animal dependiera de este proceso, la especie se extinguiría. De manera que la imitación reviste gran importancia desde el punto de vista biológico, y si bien los experimentos se realizan en seres humanos civilizados, se ha observado que en toda la escala biológica aparecen naturalmente conductas de imitación.

Pese a independizar conceptualmente el aprendizaje observacional de operante, se reconoce igualmente el papel facilitador del reforzamiento. Como veremos más adelante, la anticipación de las consecuencias puede favorecer la emisión del comportamiento aprendido. Tampoco es fácil descartar la ocurrencia de "autorreforzamiento", ya que el sujeto puede reforzarse internamente a sí mismo -aprobándose o elogiándose- por imitar determinada conducta.

Los experimentos de Bandura y Walters son sencillos e ingeniosos a la vez. Trabajaron con niños de guarderías a los que ofrecieron modelos adultos, tanto en la realidad -con adultos presentes- como en películas y dibujos animados. Estos modelos exhibían conductas agresivas, aplicando por ejemplo puntapiés y puñetazos a muñecas de plástico inflables, o conductas inhibidas, tolerando pasivamente cualquier frustración. El experimento constaba de dos fases. En la primera se dividía a los niños en dos grupos: a uno de ellos se le mostraba los modelos agresivos, tanto en la realidad como en ficción, y al otro grupo se presentaba los modelos pasivos. Durante la segunda fase se imponía a todos los niños una frustración común, que consistía en una demora en traer la merienda. Se comprobó que los chicos que habían observado modelos agresivos reaccionaban con mucha mayor agresividad que aquellos que vieron modelos pasivos. Estos últimos exhibían una mayor tolerancia a la frustración.

Con este sencillo experimento se consiguió separar la influencia de la frustración y de la personalidad previa. Todos sabemos que la frustración puede generar agresividad, y que en la personalidad de un individuo pueden desarrollarse pautas de comportamiento agresivo.

En este caso, sin embargo, la frustración era la misma para todos, y en cada grupo había todo tipo de personalidades previas porque los niños fueron seleccionados al azar. Sin embargo, las reacciones no se diferenciaron según los antecedentes individuales de los chicos. De modo que las diferencias entre el comportamiento de ambos grupos sólo pueden atribuirse a la imitación de los distintos modelos que habían observado.

Por otra parte, el nivel de agresividad de los chicos que habían observado películas era similar al de los niños que habían observado modelos reales. Esto nos indica la importancia que puede tener el aprendizaje ordinario que hacen los chicos a través de la televisión, y la imitación de pautas de conducta casi siempre violentas que aparecen allí.

VARIABLES QUE INCIDEN EN EL APRENDIZAJE OBSERVACIONAL

El aprendizaje por imitación depende de varios factores, unos relacionados con el modelo y otros con el observador. Estos factores actúan facilitando o inhibiendo el aprendizaje.

Desde el punto de vista del modelo, existen tres elementos básicos que favorecen la imitación:

- El "status" o prestigio del modelo.
- Su poder para conceder gratificaciones.
- El reforzamiento que recibe por la conducta a imitar.

Si el modelo tiene un **status elevado**, la imitación se ve favorecida. Cuando a través de la publicidad se pretende que el público consumidor imite el uso de determinado artículo, se presenta como modelo a una persona importante o famosa -p. ej. un actor o actriz conocidos, un deportista exitoso, etc.-.

Cuando el modelo tiene **poder para conceder gratificaciones** al observador es más probable que éste lo imite. Este es un fenómeno muy conocido en el medio universitario. Piensen también en la imitación que hacen los niños de sus padres, lo que en lenguaje psicoanalítico se conoce como identificación.

Otro factor que favorece la imitación es que **el modelo sea reforzado** por emitir la conducta en cuestión. En los experimentos que acabamos de citar se comprobó que los niños tendían a ser muchos más agresivos cuando los "malos" eran recompensados, por ejemplo cuando conseguían su objetivo, que cuando eran castigados. Los jóvenes tienden a imitar el modo de hablar y vestirse de sus compañeros más populares, ya que la popularidad supone un importante reforzamiento social. De modo que el reforzamiento del modelo, si bien no es imprescindible, favorece en gran medida la imitación. Por último, **el parecido entre el modelo y el observador** -p ej. en edad y sexo- constituye otro elemento facilitador.

Desde el punto de vista del observador también hay factores que influyen sobre la imitación, condicionando la magnitud, intensidad, frecuencia y duración del proceso. Interesa, por ejemplo que **el observador disponga de la pauta de conducta** a imitar en su repertorio previo de comportamientos. Un niño que se conduce habitualmente en forma agresiva puede imitar a un modelo agresivo con mayor facilidad de lo que puede hacerlo un chico inhibido, si bien este último también puede imitar bajo condiciones adecuadas. Vemos que la personalidad previa no aparece como un factor absolutamente determinante o imprescindible: facilita o inhibe selectivamente la imitación.

Importa también que el observador pueda **reproducir inmediatamente** el comportamiento observado. La repetición va creando un entrenamiento de coordinación psicomotriz, que aunque no haya reforzamiento facilita la emisión posterior de la conducta.

Por último, es muy importante que **el observador sea reforzado** por imitar la conducta. En ese sentido los experimentos de Bandura y

Walters son particularmente demostrativos. Mostraron a los niños películas con modelos agresivos y luego los recompensaron por imitarlos, pero no les demoraron la merienda. Pese a la ausencia de frustración, los chicos imitaron la conducta agresiva. De modo que el aprendizaje observacional acontece con más facilidad cuando se refuerza al imitador por reproducir el comportamiento, aunque el reforzamiento no es imprescindible para que se verifique la imitación.

Otra pregunta que cabe formular es la siguiente: ¿cuáles son los factores mediacionales que se interponen entre el estímulo y la respuesta, y cómo influyen sobre el proceso de imitación? Bandura y Walters -y otros autores- describen cuatro procesos básicos que deben darse en el observador:

- ATENCIÓN
- RETENCIÓN
- REPRODUCCIÓN MOTORA
- MOTIVACIÓN

El observador debe **atender** al modelo para poder imitar su conducta. Si prevé que será reforzado por ello -anticipación del reforzamiento- es más probable que preste atención. Los comportamientos observados deben **retenerse** luego mediante algún tipo de codificación[8]. Para que el comportamiento observado y retenido pueda reproducirse, el observador debe tener la **posibilidad física de emitir la conducta**, es decir la capacidad potencial de reproducir el comportamiento. Por último, debe estar **motivado** para emitir la respuesta, a través de la percepción que tiene de las contingencias de

[8] En realidad los comportamientos, incluyendo las ideas, no se retienen como tales. Durante el aprendizaje ocurren cambios en el sistema nervioso que hacen posible la repetición posterior de la conducta. En el capítulo 8 examinamos con más detalle este proceso.

reforzamiento del medio. Si estima que será reforzado probablemente emitirá la conducta. Como ya hemos dicho, puede tratarse de un reforzamiento externo -proveniente del entorno- o de un proceso de autorreforzamiento.

Es fácil asociar la imitación con el concepto psicoanalítico de identificación. De hecho, no existen diferencias significativas entre ambas ideas. Como hemos visto, la imitación no consiste sólo en un comportamiento externo del observador, sino en una actividad global del sujeto en que intervienen los niveles cognitivos como la percepción, codificación y elaboración de los datos perceptivos, así como factores emocionales y motivacionales. Involucra, por lo tanto, a todo el individuo. Se dice a veces que la imitación es algo transitorio o circunstancial del niño que de pronto imita un gesto o una actitud de su padre. Desde luego que los experimentos son transitorios, porque no se puede exponer a un niño a una imitación prolongada sin riesgo de influir sobre su personalidad. Pero en la vida real la convivencia permite una exposición prolongada a los modelos familiares, al punto de que las pautas aprendidas se integran a la personalidad en forma de estilos de conducta habitual: actitudes, valores, patrones de reacción, etc. De modo que no hay diferencias sustanciales entre la imitación y la identificación. Corresponde a Bandura y Walters el mérito de haber sometido este proceso a verificación experimental, dotándolo del fundamento empírico necesario para incorporarlo a la psicología.

APLICACIONES TERAPEUTICAS

Los principios del aprendizaje imitativo se han aplicado a numerosas situaciones clínicas, y forman parte de varias técnicas de modificación de conducta. En procedimientos como el entrenamiento asertivo, por ejemplo, el terapeuta "modela" con frecuencia la conducta asertiva para que el paciente la imite y la refuerza luego con

su aprobación. Cuando el entrenamiento asertivo se hace en grupo, las posibilidades de imitación son aún mayores; de hecho, el aprendizaje observacional juega un papel muy importante en toda terapia grupal.

Ya hemos hablado del papel que juega la imitación en el desarrollo de las fobias. Gracias a este proceso los chicos pueden adquirir los mismos temores que sus padres y los adultos pueden instalar reacciones fóbicas ante estímulos con los cuales nunca han estado en contacto -p. ej. víboras o aviones- pero que han aprendido a temer a través de la experiencia ajena. Si los temores pueden aprenderse por imitación, también pueden desaprenderse de esa manera. Bandura trató con éxito a niños con fobia a los perros, haciéndoles observar a otros chicos que se aproximaban sin temor a estos animales y jugaban con ellos. Este procedimiento se conoce como **modelado**, y puede efectuarse con modelos reales o proyectando películas. Cuando además de observar el comportamiento del modelo se induce al sujeto a reproducir las conductas que observa, por ejemplo acercarse al perro y entrar en contacto con él, se trata de un **modelado participante**, que suele ser más efectivo que el anterior. Meichenbaum (1974) combinó el modelado con su "entrenamiento autoinstruccional", haciendo que los modelos verbalicen autoinstrucciones adecuadas mientras emiten la conducta, de manera que el observador pueda imitar tanto el comportamiento motor como las cosas que el modelo se dice a sí mismo. Mediante este proceso consiguió eliminar temores irracionales a las serpientes inofensivas.

En todos estos casos se ha observado que los "modelos de enfrentamiento gradual", es decir aquellos que exhiben al comienzo cierto grado de ansiedad y la van superando, son más efectivos que los "modelos de superación", o sea los que presentan desde el principio una conducta muy tranquila o competente. Parece que a los sujetos les resulta más fácil identificarse con modelos que presentan una dificultad similar a la suya y la van superando en forma gradual, que con modelos muy alejados de su nivel de rendimiento actual. Estos

ejemplos no agotan por supuesto las aplicaciones clínicas y terapéuticas del aprendizaje imitativo, pero los mencionamos brevemente a efectos de ilustrar al lector sobre el valor práctico y teórico de este modelo.

EJERCICIO

Presentamos a continuación una serie de afirmaciones referidas al aprendizaje imitativo. Decida en cada caso si la afirmación es cierta (C) o falsa (F), haciendo un círculo alrededor de la respuesta correcta.

1. Para poder imitar un comportamiento, es necesario que la conducta ya forme parte del repertorio previo del observador..... C - F

2. La imitación se facilita cuando el modelo es reforzado por emitir la conducta..... C - F

3. Es imprescindible que el observador atienda al modelo para que se produzca la imitación..... C - F

4. El aprendizaje imitativo permite adquirir únicamente comportamientos motores..... C - F

5. El aprendizaje imitativo interviene en la adquisición de una identidad sexual..... C - F

6. El reforzamiento del observador por emitir la conducta no tiene mucha importancia..... C - F

7. El aprendizaje imitativo es un modelo de base mediacional: se ocupa de los procesos cognitivos que ocurren entre el estímulo y la respuesta..... C - F

8. El aprendizaje imitativo es el único proceso que explica el desarrollo de las fobias…… C - F

9. Es más efectivo modelar el enfrentamiento gradual de un problema que presentar un modelo muy competente que ya haya superado la dificultad…… C - F

10. El modelado es un proceso más lento que el reforzamiento por aproximaciones sucesivas para adquirir comportamientos nuevos…….. C - F

11. Los principios del aprendizaje imitativo fueron establecidos de manera experimental…….. C - F

12. La imitación es un proceso importante en el aprendizaje de un idioma…… C - F

13. El aprendizaje imitativo es uno de los factores que explican los resultados obtenidos por "alcohólicos anónimos"…….. C - F

RESPUESTAS CORRECTAS

1, F; 2, C; 3, C; 4, F; 5, C; 6, F; 7, C; 8, F; 9, C; 10, F; 11, C; 12, C; 13, C;

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

PRINCIPIOS DE MODIFICACION DE CONDUCTA. A. Bandura. Ediciones Sígueme S.A., Salamanca, 1983, Capítulo 3: "Procesos vicarios y de modelado".

Capítulo 6

MODELO COGNITIVO DE APRENDIZAJE[9]

En los modelos de condicionamiento clásico y operante que hemos visto, el paradigma básico puede esquematizarse así:

E ---------- R ---------- C

El condicionamiento clásico analiza el proceso E-R, done R es una respuesta emocional o autónoma -p. ej. la respuesta de ansiedad- provocada por un estímulo (E) condicionado o incondicionado. Para la respuesta de ansiedad, un estímulo incondicionado puede ser el dolor, mientras que las situaciones u objetos fóbicos son ejemplos de estímulos condicionados. Repárese en que la respuesta es **evocada en forma refleja** por el estímulo. Durante los experimentos de condicionamiento clásico, la respuesta obtenida no influye sobre la aparición del estímulo incondicionado, que se presenta **independientemente de la conducta** del sujeto.

El condicionamiento operante analiza el efecto de las consecuencias (C) sobre los comportamientos (R) que las preceden. Las respuestas consisten en este caso en conductas **emitidas**, por ejemplo encender el televisor, para obtener una consecuencia deseada: ver y oír las noticias. En este caso el estímulo (E) juega un papel diferente: constituye la ocasión en que la conducta probablemente será reforzada. En nuestro ejemplo el estímulo podría ser mirar el reloj y comprobar que es la hora en que comienza el informativo. En este modelo, la aparición del reforzador **depende de la conducta** del sujeto. Tanto en el condicionamiento clásico como en

[9] Para ampliar la información sobre el Modelo Cognitivo, el lector puede consultar el libro "60 mentiras que nos complican la vida" del mismo autor, disponible en www.psicologiatotal.com

el instrumental se hace hincapié en el entorno que rodea al sujeto -estímulos y consecuencias- como determinantes de su comportamiento.

En el modelo mediacional, que es objeto actualmente de una profusa investigación traducida en numerosas publicaciones científicas, se analizan los factores cognitivos del individuo u organismo (O) que se interpone entre los estímulos ambientales y las conductas emitidas o evocadas. Este modelo puede esquematizarse así:

E ------- O ------- R ------- C

Los factores cognitivos considerados incluyen las ideas, creencias, expectativas, interpretación de los eventos, imágenes, etc. que influyen en el comportamiento y explican, conjuntamente con las diferencias constitucionales y biológicas, por qué las personas reaccionan de distinto modo en situaciones similares. El estudio de las "variables inferidas", como se llama también a los procesos cognitivos, se ha realizado respetando la metodología experimental que es característica de la orientación conductual, procurando someter a comprobación empírica los datos subjetivos a través de su efecto sobre los comportamientos observables. El modelo de aprendizaje imitativo que vimos en el capítulo anterior tiene ya una base mediacional.

LOS PENSAMIENTOS COMO RESPONSABLES DE NUESTRAS EMOCIONES Y CONDUCTAS

Albert Ellis, uno de los pioneros en el campo del aprendizaje cognitivo, desarrolló un sistema didáctico para ilustrar el papel de los pensamientos en las reacciones emocionales, que llamó "el A-B-C de la perturbación emocional" (Ellis, 1962). En el punto "A" del esquema de

Ellis tiene lugar un hecho o acontecimiento en la vida del individuo -ocurre algo en su entorno o en su propio organismo. En el punto "C" la persona experimenta una reacción emocional, por ejemplo miedo, cólera, alegría, ansiedad, etc. y conductual -emite o inhibe determinadas conductas. Un ejemplo permitirá aclarar este proceso.

Una joven soltera consultó a su médico muy alterada al constatar un retraso menstrual. Aunque tomó precauciones para evitar la concepción, y a pesar de que sus períodos solían adelantarse o retrasarse, estaba casi segura de haber quedado encinta y llegó a la consulta sumamente angustiada, manifestando su determinación de interrumpir el embarazo. En este ejemplo el retraso menstrual constituye el suceso perturbador que se ubica en el punto "A" del esquema anterior. En "C" la joven experimenta una reacción emocional -angustia, desesperación- y conductual: solicita ayuda para interrumpir el embarazo. Habitualmente consideramos a las reacciones emocionales como motivadas por las cosas que ocurren, en este caso el retraso menstrual. Sin embargo, las emociones y conductas no están motivadas por los hechos en sí sino por la interpretación que la persona realiza de los mismos ("B"). El punto "B" se refiere en general a los "diálogos internos", es decir lo que el sujeto piensa o imagina acerca de los hechos. En este caso, la joven supone que está embarazada y anticipa incluso las complicaciones que le generará esta situación:

A: Retraso menstrual.

B: "Estoy embarazada, ¿qué voy a hacer ahora...?, etc."

C: Angustia, desesperación, averiguar cómo interrumpir el embarazo.

Si en lugar de ello pensara que se trata de un retraso sin importancia, no sufriría la misma angustia ni pediría ayuda para

practicarse un aborto. De modo que frente a un hecho determinado, su reacción emocional y el modo como se conduce varía de acuerdo al significado que atribuye al hecho o a la evaluación que inadvertidamente hace de la situación -el punto "B" del esquema de Ellis.

Surge inmediatamente una conclusión importante: si su evaluación de los hechos es errónea, y más adelante comprueba que no estaba embarazada, su preocupación y las medidas que tomó habrán resultado innecesarias. Se trataría en este caso de una reacción inadecuada debida a una interpretación equivocada de la situación. Desde el punto de vista del psicólogo, sin embargo, este error tiene importancia sólo si es reiterado, es decir si forma parte del estilo de pensamiento habitual de la consultante -p. ej. una tendencia a anticipar tragedias o a suponer que "va a ocurrir lo peor" cuando tal suposición no está justificada.

Cualquier ejemplo de la vida cotidiana puede ser útil para ilustrar la dinámica cognitiva de los fenómenos emocionales. Podemos creer que un conocido no nos ha saludado porque quiere ignorarnos cuando en realidad estaba distraído. O interpretar una sonrisa como irónica cuando pretendía ser una expresión de afecto. En ambos casos nuestra irritación y los reproches que eventualmente formulemos serán inadecuados. Un paciente puede estar muy ansioso al creer que su taquicardia y la opresión que siente en el pecho están indicando una enfermedad cardíaca; probablemente se tranquilice si es convencido de que esos fenómenos forman parte de la respuesta de angustia.

Las ideas y creencias integran la cadena de eventos que explica la conducta manifiesta, pero no alteran sustancialmente el proceso de aprendizaje. Los principios del condicionamiento clásico y operante se aplican por igual a los fenómenos privados y a los comportamientos evidentes. Los pensamientos son respuestas privadas a ciertos estímulos, y constituyen estímulos para futuras respuestas. Como resultado de un aprendizaje anterior, un dolor en el pecho puede evocar la idea "me va a dar un infarto":

E^D ---------- R

Dolor precordial "Me va a dar un infarto"

A través de un análisis racional el sujeto puede sustituir la idea anterior por otra más realista: "se trata de un dolor sin importancia". El sujeto adopta esta idea porque considera que es más racional y más conveniente -autorreforzamiento-; en ese caso, el dolor precordial se transforma en un estímulo discriminativo para la nueva idea:

E^D ---------- R

Dolor precordial "Se trata de un dolor sin importancia"

A su vez, los pensamientos e imágenes evocan en forma refleja ciertas reacciones emocionales -p. ej. ansiedad- y constituyen estímulos discriminativos para la emisión de conductas operantes:

E ---------- R

"Me va a dar un infarto Ansiedad

E^D ---------- R

"Me va a dar un infarto" Consulta al médico

De modo que la inclusión de los niveles cognitivos torna más complejo el proceso de aprendizaje, pero no lo altera cualitativamente.

LAS IDEAS IRRACIONALES

Decimos que una idea es irracional o equivocada cuando no se ajusta a los hechos o los contradice, como en los ejemplos que acabamos de presentar. A veces el sujeto exagera la importancia o las consecuencias de un suceso realmente desagradable. Los pacientes que experimentan ataques de pánico suelen creer que pueden morir o enloquecer como resultado de los mismos.

En otros casos, la creencia no puede ser sostenida porque carece de evidencia suficiente. El hecho de que un conocido no nos salude no significa necesariamente que quiera ignorarnos. El error consiste aquí en tomar una de las explicaciones posibles -"no me quiso saludar"- como si fuera la única. También se consideran irracionales las ideas que plantean objetivos inalcanzables: "debo hacer todo perfectamente; no puedo equivocarme".

En todos los casos, la validez de una creencia depende del grado en que refleja la realidad. Las ideas que pueden ser evaluadas de esta manera son aquellas que se refieren a hechos objetivos comprobables. Los valores éticos, morales y religiosos no son susceptibles de este análisis, ya que su aceptación o rechazo se apoya en criterios subjetivos o culturales.

El modelo A-B-C ha sido desarrollado posteriormente por Ellis y otros autores, identificando diferentes tipos de ideas o "cogniciones". Las cogniciones **descriptivas** son aquellas mediante las cuales describimos en forma neutra los hechos que ocurren en nuestro entorno, por ejemplo: "no me saludó". Aunque se limitan a registrar ciertos hechos, estas ideas constituyen un paso importante porque siempre reaccionamos ante una realidad percibida. El hecho de atender ciertos hechos, además, depende de nuestro aprendizaje anterior y del valor que hemos asignado a los mismos en otras ocasiones. Las **atribuciones causales** son inferencias, muchas veces arbitrarias, acerca de las causas o razones de los hechos que ocurren, por ej.: "No me quiso saludar porque perdió interés en mí;

seguramente me encontró aburrido/a". **Las cogniciones evaluativas** asignan un valor, frecuentemente desmedido, a los hechos supuestamente ocurridos: "Es terrible que él/ella pierda interés en mí. Soy un desastre por no conseguir gustarle. Este nivel es importante para determinar la reacción del sujeto, porque aún asumiendo que la otra persona no quiso saludarlo/a, el individuo puede tomar esa eventualidad con menos dramatismo. Pensar que es algo "terrible" genera seguramente un considerable malestar emocional en el punto "C". Por último, las creencias irracionales centrales o **supuestos básicos** constituyen el núcleo de la neurosis, es decir los esquemas cognitivos básicos de los cuales depende todo el proceso anterior, por ejemplo: "Debo conseguir agradarle a toda la gente que me interesa". Estos distintos niveles cognitivos se retroalimentan y tienden a autoperpetuarse.

En los pacientes neuróticos es común encontrar ideas irracionales con las que reiteradamente catalogan e interpretan los sucesos de su entorno y a sí mismos. Repárese sin embargo en que la rotulación e interpretación de los eventos se realiza automáticamente, de modo que los sujetos no suelen conocer sus ideas irracionales. Las mismas pueden deducirse de las actitudes y comportamientos habituales del individuo. La identificación de estas creencias y expectativas, su análisis lógico y la sustitución por ideas más realistas se conoce como modificación o reestructuración cognitiva, y su objetivo es ayudar al individuo a desarrollar una filosofía de vida más racional. Los párrafos que transcribimos a continuación complementan los conceptos que venimos desarrollando y proporcionan nuevos ejemplos de pensamiento irracional, incluyendo una síntesis de los pasos que debe cubrir el proceso terapéutico[10]. El desarrollo exhaustivo de la técnica, uno de

[10] El trabajo original del cual se extrajo esta síntesis fue presentado por el autor en el V Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras del Cono Sur (Montevideo, 12-14/10/1984) organizado por la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, y publicado en "Avances Terapéuticos en Psiquiatría",

los procedimientos más delicados en terapia del comportamiento, está fuera del alcance de este manual.

ERRORES LOGICOS

Al examinar la validez de una idea, es común detectar errores formales en el procesamiento de la información. Por ejemplo: pensar que un ataque de pánico puede conducir a la locura o a la muerte inminente, en lugar de asumir que es muy desagradable pero transitorio y autolimitado, implica magnificar el riesgo y el malestar que produce el ataque. La **magnificación** es, precisamente, un error presente en muchas ideas irracionales. Considerar que un rechazo social es insoportable y que difícilmente podrá superarse, es otro ejemplo de magnificación o "pensamiento catastrófico", como también se conoce a este error.

Algunas personas suelen interpretar la conducta ajena como dirigida necesariamente hacia ellos. Si alguien se ríe o bosteza asumen de inmediato que se están riendo de ellos o que se aburren en su presencia. Este error se conoce como **personalización**, y vimos un ejemplo en el apartado anterior ("no me quiso saludar..."). La tendencia a emitir juicios radicales sobre uno mismo, sobre otras personas y sobre las cosas en general se conoce como **pensamiento polarizado**. Este error está presente en ideas tales como "soy un perdedor o un triunfador", "la gente es buena o mala", "soy buen o mal estudiante", "los demás son inteligentes o estúpidos", etc. Quienes cometen este error no perciben los matices y variaciones presentes en todas las situaciones, y emiten juicios muy categóricos

---

editado por Héctor Puppo Touriz y Alejandro Bianchi Saus, Montevideo, 1986.

en el punto "B" del modelo "A-B-C", reaccionando de acuerdo a tales juicios en el punto "C" (por ej.: con ira, depresión, agresiones, etc.).

En el capítulo 10, al examinar las ideas equivocadas responsables de la depresión, veremos otros ejemplos de errores lógicos. Es importante recordar que tales errores están presentes en diferentes ideas irracionales. En los ejemplos anteriores, la idea "me va a dar un infarto" ante cualquier dolor en el pecho, la convicción de que un rechazo social es "intolerable" y la creencia de que un ataque de pánico indica la muerte inminente, todas ellas implican un **pensamiento catastrófico** o la magnificación del riesgo. Mientras que las ideas irracionales se refieren a sucesos concretos que están siendo interpretados por el sujeto, los errores lógicos son distorsiones en el procesamiento de la información que están presentes en diferentes y variadas creencias erróneas, y que de hecho son útiles para establecer la irracionalidad de dichas creencias.

FUNDAMENTO Y CONCEPTOS BASICOS

El fundamento teórico del modelo cognitivo radica en su particular concepción acerca del origen y mantenimiento de la perturbación emocional. De acuerdo a este criterio, las reacciones emocionales y conductuales de los individuos dependen de la interpretación que estos asignan a los hechos y situaciones en que están inmersos, más que de los hechos en sí. Los acontecimientos que tienen lugar en la vida del paciente, incluyendo sus éxitos y fracasos, pérdidas, desengaños, relaciones personales, etc. no determinan de por sí sus reacciones afectivas y comportamientos; éstos son consecuencia del valor que el individuo atribuye a tales circunstancias, de acuerdo a su particular sistema de creencias, entendiendo por tal las ideas, valores y expectativas que la persona alberga respecto al mundo, a los otros y a sí mismo.

Un ejemplo permitirá exponer con mayor claridad este punto. Un fracaso personal en cualquier ámbito, por ejemplo una decisión comercial equivocada que determina pérdidas económicas, puede ser conceptualizada por la persona responsable de distintas maneras. Si considera que su error demuestra su total ineptitud y absoluta incapacidad para dirigir un negocio, así como su escaso valor como persona y la imposibilidad de asumir cualquier responsabilidad, experimentará sin duda una depresión importante con todo el cortejo sintomático que ello trae aparejado, así como una inhibición de otras conductas potencialmente eficaces -p. ej.: recomponer en lo posible la situación para minimizar las pérdidas, etc.-. Si por el contrario considera que "errar es humano", y que su equivocación no compromete su valor personal ni permite concluir que es totalmente incapaz, es probable que se sienta triste y abatido pero sin llegar a experimentar una depresión profunda. También puede sentirse inclinado a buscar soluciones en lugar de abandonarse a su suerte. Por lo tanto, no es el fracaso en sí el responsable de la sintomatología depresiva, sino la actitud que el paciente tiene respecto al mismo.

Al concebir las manifestaciones afectivas y conductuales como dependientes de factores cognitivos, es posible interpretar los cuadros clínicos como debidos a errores lógicos o juicios equivocados que los pacientes formulan, muchas veces inadvertidamente, acerca de su acontecer vital. Las ideas irracionales y las expectativas poco realistas que los pacientes albergan y que constituyen su particular sistema de creencias, determinan su perturbación emocional. Se consideran adecuadas, en cambio, las reacciones afectivas que resultan de un análisis lógico y realista de la situación. Ambas posibilidades, es decir una evaluación racional y una irracional de una misma circunstancia adversa, se ejemplifican en el caso anterior, así como sus distintas consecuencias en el plano clínico.

Aunque cada caso debe ser objeto de un análisis individual a los efectos de identificar las ideas equivocadas responsables de la perturbación emocional, han sido descritas las creencias infundadas

que con mayor frecuencia aparecen en las consultas de pacientes catalogados habitualmente como neuróticos o caracteriales. En su trabajo original, Ellis describe once ideas irracionales que se presentan reiteradamente con distintas variaciones y matices, aisladas o combinadas entre sí (Ellis, 1962). A título ilustrativo mencionamos la primera de ellas: la creencia de que es una necesidad absoluta para el ser humano contar con la aprobación de todas las personas significativas con las que se relaciona. La irracionalidad de esta idea radica en que plantea un idea imposible de alcanzar, ya que independientemente del modo como se conduzca un individuo siempre existirá alguien que lo desapruebe. Esta idea condiciona además una actitud servil y excesivamente complaciente, que resulta con frecuencia en la pérdida del respeto ajeno y reduce al individuo a una esclavitud autoimpuesta en detrimento de su autenticidad. Un sustituto racional de esta idea sería considerar que es preferible o conveniente contar con la aprobación ajena, aunque no es necesario o imprescindible. Repárese en que la eventual desaprobación por parte de los otros resulta en este caso aceptable y tolerable, aunque no necesariamente agradable, mientras que en el caso anterior constituye una importante fuente de descompensaciones ansiosas o depresivas.

Otro juicio carente de fundamento que sin embargo es aceptado frecuentemente como verdadero, es la convicción de que el propio valor como persona depende de la capacidad para obtener logros, y que por lo tanto se debe ser totalmente competente en todas las tareas que se emprendan. También es común que los pacientes alberguen expectativas irreales respecto al comportamiento ajeno, exigiendo absoluta lealtad, gratitud y consideración por parte de los demás, lo cual determina una actitud hipercrítica respecto al prójimo, así como resentimiento e incomodidad en las relaciones interpersonales.

La presentación de estas ideas en forma explícita y desarrollada, no debe inducir a creer que los pacientes las perciben de ese modo. En

general ignoran que sus reacciones afectivas están mediatizadas por juicios o convicciones, y tienden a relacionar directamente sus estados emocionales con los acontecimientos vitales inmediatos. La tarea del terapeuta comienza precisamente demostrando al paciente la dinámica cognitiva de su trastorno, para abocarse luego a la identificación de las ideas irracionales en juego.

LA MODIFICACION COGNITIVA EN UN CONTEXTO COMPORTAMENTAL

La utilización de procedimientos cognitivos en el marco de una psicoterapia comportamental, está supeditada naturalmente a la identificación de tales mecanismos en la génesis y mantenimiento de los hábitos neuróticos. El análisis de la conducta constituye siempre una etapa previa a la elección de una estrategia de tratamiento, ya que conductas aparentemente similares pueden responder a mecanismos patogénicos distintos, lo cual determina intervenciones terapéuticas también diferentes. La dificultad de una adolescente para establecer relaciones interpersonales satisfactorias, por ejemplo, puede deberse entre otras causas a una ansiedad social condicionada -una fobia social-, a un intento de manipular a su familia o a una ansiedad basada en ideas equivocadas acerca de las interacciones sociales, por ejemplo la idea de que un rechazo resultará intolerable y será imposible sobreponerse a él. Mientras que en el primer caso estarían indicadas técnicas de descondicionamiento de la ansiedad como la desensibilización sistemática, desensibilización en vivo, etc., en el segundo corresponde una intervención operante a nivel de su medio familiar para invertir las contingencias de reforzamiento y sólo en el tercero resulta apropiado un enfoque cognitivo. En los casos en que las conductas inadaptadas se mantienen por distintos mecanismos, la estrategia terapéutica debe combinar también

diferentes modalidades de tratamiento, por ejemplo modificación cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales.

En consecuencia, es posible afirmar que no existen indicaciones específicas para la modificación cognitiva, puesto que los errores de juicio e interpretación pueden estar involucrados en distintos cuadros clínicos y suelen asociarse además a otras variables en el determinismo de las conductas inconvenientes. No obstante, y sin perjuicio de lo anterior, puede establecerse que se encuentran con frecuencia distorsiones cognitivas en los cuadros depresivos, las relaciones interpersonales alteradas a nivel social, familiar y de pareja incluyendo los desajustes en la vida sexual, la ineficacia en el enfrentamiento de situaciones conflictivas y el resto de los cuadros catalogados como neuróticos o trastornos de personalidad.

MODIFICACION COGNITIVA: RESUMEN DEL PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO

Una vez establecida la pertinencia de utilizar un enfoque cognitivo en un caso particular, es necesario implementar la intervención terapéutica a través de técnicas específicas de tratamiento. En ese sentido, la modificación o reestructuración cognitiva constituye una modalidad de tratamiento activo-directivo en que terapeuta y cliente, bajo la dirección del primero, procuran identificar los supuestos irracionales responsables de las dificultades del paciente, para sustituirlos por pautas de pensamiento más lógicas y realistas. Debido a que se utilizan diferentes técnicas para conseguir que los pacientes cambien de actitud y piensen en forma más racional, intentaremos resumir brevemente el procedimiento general.

1ª Fase de la Terapia

Consiste en ilustrar al cliente acerca de la intervención de factores cognitivos en las reacciones afectivas y conductuales, sin referirlo aún a su problema en particular. Como hemos visto, Ellis propone un sistema didáctico que denomina el A-B-C de la perturbación emocional, designando como "A" a la experiencia o acontecimiento que se supone responsable del estado del paciente, "B" a lo que el cliente se dice a sí mismo acerca de "A", es decir la manera como valora la situación y "C" a la reacción afectiva o comportamental. En el ejemplo que presentamos más arriba, "A" corresponde al fracaso comercial, "B" a las conclusiones que extrae el sujeto respecto a su escaso valor como persona y "C" a sus sentimientos depresivos e inhibición de conductas. El objetivo es que el paciente se habitúe a conceptualizar los problemas en términos cognitivos, para iniciar entonces la etapa siguiente.

2da. Fase de la Terapia

A continuación, paciente y terapeuta se abocan al estudio de los problemas específicos del primero, procurando identificar los pensamientos y expectativas presentes en el punto "B" del esquema. En general los pacientes ignoran la naturaleza de estas ideas, debido a que la valoración o interpretación de las experiencias se realiza en forma automática e irreflexiva. Se requiere entonces un análisis detallado del caso para que el cliente perciba las autodeclaraciones con que inadvertidamente cataloga los acontecimientos y experiencias que le toca vivir. También se emplean inventarios de ideas irracionales con la misma finalidad.

3ra. Fase de la Terapia

Consiste en distinguir las creencias acertadas del cosultante de aquellas erróneas y poco realistas, lo cual a veces requiere un estudio pormenorizado de sus pensamientos. Un paciente, por ejemplo,

puede pensar: "me agrada que mis compañeros reconozcan mi esfuerzos, y por lo tanto deben hacerlo". La primera parte de este enunciado es real -"me agrada que mis compañeros reconozcan mis esfuerzos"- pero la conclusión que extrae posteriormente carece de fundamento, ya que no existe ningún motivo por el cual la gente deba ser distinta de como es, aunque ello resulte preferible. Esta exigencia poco realista es la responsable de reacciones inconvenientes o inadaptadas como depresión u hostilidad clínicamente manifiestas. Este paso, así como el de persuadir al paciente de la irracionalidad de sus ideas, es el punto "D" en el esquema de Ellis, quien invita al cliente a fundamentar su punto de vista para confrontarlo con la imposibilidad de hacerlo. Discute activamente con el paciente hasta convencerlo de sus errores lógicos y lo ayuda a adoptar pautas de pensamiento más racionales.

Se han propuesto distintos procedimientos con la misma finalidad. El terapeuta puede asumir la defensa de las creencias erróneas del cliente -en el rol de abogado del diablo- e invitar a éste a refutarlas con argumentos lógicos (Goldfried y Davison, 1976). Otros autores encaran la discusión de las ideas irracionales a partir de parábolas o narraciones breves con objeto de que el paciente extraiga las conclusiones lógicas (Lazarus, 1971). Muchos terapeutas recomiendan a sus pacientes lecturas apropiadas para complementar los enfoques racionales que desarrollan durante las sesiones, o les proporcionan material redactado por ellos mismos.

4ta. Fase de la Terapia

Aunque los pacientes acepten la irracionalidad de sus ideas y reconozcan que las mismas carecen de fundamento, es posible que continúen interpretando y catalogando automáticamente las situaciones de acuerdo a esas mismas ideas hasta tanto no adquieran el hábito de pensar en términos más racionales -punto "E" del esquema de Ellis-. Corresponde entonces entrenar a los pacientes a

enfrentar las situaciones problema interponiendo los criterios realistas aprendidos. A tales efectos es posible recurrir a la presentación imaginaria de dichas situaciones, elaborando por ejemplo una escala de dificultad creciente como en la desensibilización sistemática (Goldfried y Davison, 1976), o efectuar ensayos de conducta durante las sesiones. En ambos casos se induce al paciente a interrumpir la valoración instantánea e irreflexiva de los hechos y verbalizar mentalmente los juicios racionales y realistas adoptados durante la terapia. Estas y otras modalidades pueden ser utilizadas aisladamente o en forma conjunta, introduciendo las modificaciones que el terapeuta estime necesarias. En cualquier caso, sin embargo, el tratamiento no puede considerarse concluido hasta tanto el paciente no emplee con éxito sus nuevas habilidades en situaciones reales. En consecuencia, la exposición a la realidad se considera parte integrante e imprescindible del proceso terapéutico. Del mismo modo que con otras técnicas comportamentales, corresponde siempre evaluar la eficacia del tratamiento a la luz de sus resultados y efectuar las correcciones necesarias.

OTROS PROCEDIMIENTOS DE NATURALEZA COGNITIVA

Complementando el enfoque general de la modificación cognitiva, se han implementado tratamientos específicos para distintas situaciones clínicas. Citemos por ejemplo la **terapia cognitiva de las depresiones**, desarrollada por Aaron Beck en 1967. La misma parte de un modelo explicativo completo del origen y mantenimiento de los cuadros depresivos que tendremos oportunidad de desarrollar en el capítulo 10. En base a este modelo, Beck propone una estrategia sistematizada de tratamiento cognitivo-conductual. El **entrenamiento en resolución de problemas** (Goldfried y Davison, 1976), constituye una herramienta sumamente útil para incrementar la eficacia de los

pacientes en el enfrentamiento de situaciones problemáticas y conflictivas. Al proporcionar al paciente una estrategia general para el manejo de futuras dificultades, este procedimiento permite aumentar la tolerancia ante las frustraciones y favorece la generalización y mantenimiento de los resultados obtenidos durante la terapia, fomentando la autonomía del paciente.

Donald Meichenbaum desarrolló un procedimiento conocido como **entrenamiento autoinstruccional** que ya hemos mencionado en el capítulo 4. Esta técnica está destinada a modificar las autoverbalizaciones irracionales o autodestructivas de los pacientes, es decir lo que los sujetos se dicen a sí mismos (Meichenbaum y Cameron, 1974). De esta manera los pacientes aprenden a evaluar las situaciones y sus reacciones en forma más realista, asumiendo un mayor control sobre su propio desempeño. La técnica se ha utilizado con éxito para enseñar a los individuos a enfrentar situaciones que les despiertan ansiedad, para el tratamiento de niños impulsivos y en una amplia variedad de situaciones clínicas.

En suma, la modificación cognitiva se revela hoy como un instrumento sumamente eficaz para promover cambios terapéuticos. Su empleo, sin embargo, debe implementarse en el marco más general de la terapia del comportamiento, recurriendo a ella como parte de una estrategia de tratamiento racionalmente estructurada, que podrá incluir eventualmente otros procedimientos conductuales. Aunque su aplicación se plantea a partir de un problema clínico concreto, su objetivo trasciende la indicación primaria, procurando instruir al paciente en un estilo de pensamiento más racional y capacitándolo para descubrir por sí mismo los errores que puedan condicionar futuras perturbaciones.

EJERCICIOS

Proponemos al lector que analice las ideas irracionales que presentamos a continuación, respondiendo por escrito a las preguntas que se formulan. Las ideas seleccionadas se detectan con frecuencia durante las sesiones de psicoterapia, pero pueden encontrarse igualmente en personas que no consultan[11].

La identificación de estas ideas requiere normalmente un detenido proceso de análisis conductual, debido a que los pacientes suelen percibir sus dificultades pero no las creencias responsables de las mismas. A su vez, estas ideas pueden formar parte de filosofías de vida más amplias que también deben ser analizadas. De modo que el análisis de las creencias irracionales fuera del contexto clínico en que surgieron responde sólo a una finalidad didáctica.

1. "Los problemas tienen siempre una solución perfecta, y si pienso en ellos lo suficiente la encontraré".

a) ¿Por qué es falsa esta creencia? Proponga una idea más racional referida al mismo asunto.

b) ¿Qué consecuencias adversas trae aparejado el creer esto? ¿Cómo influye sobre el comportamiento y la actitud del sujeto?

[11] Albert Ellis (1962) presenta un análisis exhaustivo de estas y otras ideas irracionales que suelen identificarse como responsables de la perturbación emocional. Remitimos al lector a su obra, cuyos datos incluimos en la "Bibliografía Sugerida" al final del capítulo.

2. "Es una necesidad absoluta para el ser humano contar con la aprobación de todas las personas que para él son importantes".

a) ¿Por qué es falsa esta creencia? Proponga una idea más racional referida al mismo asunto.

b) ¿Qué consecuencias adversas trae aparejado el creer esto? ¿Cómo influye sobre el comportamiento y la actitud del sujeto?

3. "Los demás deben ser absolutamente leales, agradecidos y considerados en todas las ocasiones".

a) ¿Por qué es falsa esta creencia? Proponga una idea más racional referida al mismo asunto.

b) ¿Qué consecuencias adversas trae aparejado el creer esto? ¿Cómo influye sobre el comportamiento y la actitud del sujeto?

RESPUESTAS SUGERIDAS

1.

a) Los problemas suponen generalmente un conflicto de intereses o deseos dentro del mismo sujeto, entre el sujeto y otras personas o entre el sujeto y un entorno que le presenta obstáculos. Por tratarse de situaciones conflictivas, lo habitual es que las soluciones disponibles permitan obtener ciertos logros a cambio de otros. Al optar por una alternativa estamos renunciando implícitamente a otras, de modo que el proceso de decisión consiste generalmente en sacrificar algunos objetivos para alcanzar otros. Si fuera posible concretar todas nuestras aspiraciones, no tendríamos un problema. Al suponer caprichosamente que "existe" la solución ideal, nos estamos negando a aceptar la realidad de la situación. Por otra parte, las soluciones no están "en algún lugar" esperando que las encontremos; dependen de nuestra capacidad para generar alternativas, y sólo "existen" una vez que las hemos pensado. De modo que a las limitaciones inherentes a la situación en sí, que por algo ha sido calificada como problemática, debemos agregarle las limitaciones propias de nuestros procesos intelectuales.

Por último, el encarar las soluciones con un criterio perfeccionista determina un pensamiento polarizado -tipo: blanco o negro- donde las soluciones que no son perfectas se consideran malas o inaceptables. Lo cierto es, sin embargo, que las opciones disponibles frente a un problema son más o menos aceptables de acuerdo a las ventajas y desventajas que ofrecen. Lo más razonable sería entonces optar entre las alternativas que hemos podido generar -o que nos han sugerido- eligiendo aquella que nos parezca más apropiada.

b) El sujeto convencido de que a la larga encontrará la solución perfecta tendrá serias dificultades para tomar decisiones. En lugar de ello se embarcará en interminables cavilaciones que sólo conseguirán alterarlo emocionalmente y perpetuar sus problemas, disminuyendo precisamente su capacidad para resolverlos. Al asumir la obligación de

encontrar una solución que probablemente nunca encuentre, se está fijando un nivel de autoexigencia muy elevado que lo predispone a quedar desconforme con su propio rendimiento y a reducir su autoestima, favoreciendo de este modo las reacciones depresivas.

2.

a) Partimos de la base de que la libertad de acción y la independencia de criterio son derechos inalienables de todas las personas que no es necesario justificar porque son inherentes a la condición humana. Mientras un sujeto respete los derechos ajenos está habilitado para decidir por sí mismo si lo que hace o piensa está bien o está mal. Por lo tanto, no existe ningún argumento para someter el criterio de un individuo a la aprobación de otro. Aunque es razonable pedir consejo o tomar en cuenta la opinión ajena, somos nosotros quienes debemos decidir en última instancia sobre nuestros actos. En realidad no podemos hacer otra cosa, porque someternos a la decisión ajena supone también una decisión; no es posible, por tanto, evitar la responsabilidad.

Es dudoso, además, que sea posible conformar a todas las personas cuya opinión interesa. Sea lo que sea lo que uno haga o diga, siempre habrá alguien a quien no le guste.

b) Las personas que sistemáticamente acomodan su conducta al criterio de otros se transforman en sujetos sumisos y dependientes. Someternos al criterio ajeno -hacer lo que la gente considera que es correcto o lo que "fulano dice que está bien"- nos transforma en títeres y nos quita la libertad. Se promueve así una actitud servil y excesivamente complaciente que resulta incompatible con el desarrollo de la autonomía y autosuficiencia del individuo.

3.

a) Digamos primero que existe una diferencia entre "aceptar" y "aprobar" la realidad. Uno puede desaprobar la conducta ajena, y eventualmente procurar modificarla, pero no tiene más remedio que aceptar o reconocer que la gente se conduce de ese modo, y que muchas veces no cambiará.

El término "deben" denota obligación; sin embargo, no existe ningún motivo por el cual los demás deban ser distintos de como son, y existen en cambio muchos motivos para que hayan llegado a ser así: herencia, educación, experiencias vitales, condiciones de vida. Afirmar que deben ser como nosotros queremos implica negar la realidad y exigir que los demás se amolden a nuestros deseos, lo cual muchas veces no ocurre. El hecho de que nuestros deseos sean lógicos y razonables no hace que necesariamente se cumplan. Afirmar en cambio que sería "preferible" o "conveniente" que una persona se conduzca de otro modo, e incluso ayudarla a cambiar si está motivada para ello, es razonable y supone aceptar la realidad aunque no la aprobemos y procuremos modificarla.

b) La persona dominada por la exigencia infantil de que los demás se conduzcan como ella espera, asume una postura hipercrítica y de censura respecto a los otros que perjudica sus vínculos interpersonales. Carece de la flexibilidad y tolerancia necesarias par establecer relaciones armónicas a nivel familiar, laboral o social y suele alimentar resentimientos que a veces motivan reacciones desproporcionadas -reproches, discusiones, distanciamientos, etc.-. Desde el punto de vista psiquiátrico estos rasgos de personalidad suelen catalogarse como paranoicos o sensitivo-paranoicos.

Como ejercicio personal el lector puede pensar si asume inadvertidamente alguna de estas creencias. Con esa finalidad, debe preguntarse si se conduce como si creyera que la idea es correcta, aun cuando su enunciado explícito le resulte incompartible. Una idea equivocada puede guiar inadvertidamente nuestro comportamiento, aunque el análisis detenido de la misma nos convenza de que es

errónea. El incorporar una idea sustitutiva más racional requiere generalmente un entrenamiento, que forma parte del proceso de reestructuración cognitiva.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

RAZON Y EMOCION EN PSICOTERAPIA, Albert Ellis. DDB, Bilbao, 1980.

TECNICAS TERAPEUTICAS CONDUCTISTAS, Goldfried y Davison. Edit. Paidós, Buenos Aires, 1981. Capítulo 8: "Modificación de la rotulación cognitiva" y capítulo 9: "Resolución de problemas".

MANUAL DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVA. Ellis, Grieger y col. Edit. Bilbao, 1981.

60 MENTIRAS QUE NOS COMPLICAN LA VIDA. Alberto Chertok, Montevideo, 1994.

Capítulo 7

EL ORIGEN DE LAS IDEAS IRRACIONALES

El modelo de aprendizaje cognitivo se ocupa de los pensamientos, expectativas, actitudes, sistemas de creencias, autodeclaraciones -las cosas que nos decimos a nosotros mismos- y en general del proceso intelectual mediante el cual interpretamos sistemáticamente la realidad. Entendemos por "realidad" nuestro entorno pasado, presente y futuro y nuestra propia individualidad física y psicológica -autoconcepto-. Este proceso de evaluación es constante, de modo que siempre reaccionamos ante un mundo "percibido" (Mahoney, 1974) que puede coincidir o no con el real. El análisis de los niveles cognitivos nos permite cuestionar la interpretación automática que efectuamos de los eventos. En otras palabras, podemos identificar los supuestos irracionales que albergamos, detectar los errores en el procesamiento de la información mediante los cuales distorsionamos inadvertidamente la realidad y adoptar finalmente una postura más objetiva.

Resulta evidente que este análisis debe ser individual, dado que cada persona adquiere sus propias creencias y en base a ellas construye una filosofía particular y única. Cabe plantearse, sin embargo, algunas cuestiones de orden general: ¿De qué modo se adquieren los patrones cognitivos? ¿Por qué las personas se adhieren a ellos y se resisten a modificarlos? Intentaremos aclarar en alguna medida estos puntos, sin pretender efectuar una revisión exhaustiva del tema.

EL MIEDO A LA INCERTIDUMBRE

Un cierto grado de temor a la incertidumbre y a lo imprevisible parece constituir un fenómeno universal en la especie humana. Si nos encontráramos súbitamente en una reunión social sin recordar quién nos ha invitado ni por qué, sin conocer el motivo de la reunión, quiénes son los asistentes, cuáles son las normas y costumbres del lugar, etc., probablemente nos sentiríamos ansiosos e inseguros. En tal circunstancia, nuestro primer objetivo sería informarnos de los detalles del encuentro con objeto de conducirnos del modo adecuado. El conocimiento de la situación proporciona una sensación de control sobre la misma, la cual nos brinda a su vez seguridad y confianza: ahora sabemos dónde estamos, qué se espera de nosotros y qué podemos esperar de los demás. El lugar se ha transformado en algo conocido y por ende previsible.

La condición humana supone en alguna medida un proceso similar: llegamos a un mundo desconocido e incierto, con el agravante de que somos dependientes e indefensos. Necesitamos cariño y protección de nuestro entorno y debemos aprender las estrategias para conseguirlo. Desconocemos las consecuencias que puede generar nuestra interacción con otras personas y no sabemos qué actitud tomar en relación a ellas. Esta incertidumbre nos provoca inseguridad y necesitamos entender el mundo de alguna manera; de allí nuestra motivación para adoptar conceptos generales sobre la gente y sobre nosotros mismos, con objeto de transformar el mundo en un lugar conocido y previsible. Nos sentimos inclinados a percibir cierta regularidad y sistematización en los acontecimientos.

La adquisición específica de las ideas y patrones cognitivos es el resultado de múltiples procesos de aprendizaje que tienen lugar a partir de nuestras primeras experiencias y durante toda la vida: imitación de modelos familiares y sociales, inculcación de filosofías y valores parentales a través de mensajes verbales y no verbales, influencias culturales, condicionamientos tempranos, reforzamiento

diferencial de nuestros comportamientos y actitudes, etc. Estos procesos determinan que adoptemos juicios globales sobre nuestro propio valor y sobre el valor de los demás. Incorporamos una serie de premisas básicas que nos permiten saber quiénes somos y cómo somos, por ejemplo: "soy inteligente, capaz, inútil, perdedor...", cómo son los demás: "la gente es mala, interesada, incompetente, altruista, solidaria..." y por qué ocurren la cosas: "tengo mala suerte, las cosas me salen bien, para salir adelante hay que aplastar a los demás, el único modo de ganar dinero es arriesgándose, para ganar dinero hay que evitar los riesgos", etc. Ahora sabemos cómo son las cosas y cómo debemos conducirnos. En otras palabras, una vez que se adquieren los patrones cognitivos se mantienen por reforzamiento negativo, porque permiten evitar la inseguridad asociada con la incertidumbre. Hemos eliminado la incertidumbre al precio de simplificar y distorsionar la realidad.

Los "esquemas cognitivos" (Beck y Shaw) con los cuales catalogamos y comprendemos el mundo no son objetivos, ya que no provienen de un análisis lógico y racional de nuestro entorno. Son el resultado de procesos de aprendizaje complejos que derivan de nuestra interacción con otras personas -familia, sociedad- y de un número limitado de experiencias. Nuestra necesidad de vivir en un mundo conocido donde las cosas ocurran con cierta regularidad y coherencia favorece la consolidación de estas ideas. La cualidad tranquilizante de este proceso -reforzamiento negativo- queda reflejada en el dicho popular: "más vale malo conocido que bueno por conocer", donde el valor de la certeza supera incluso la cualidad negativa de lo conocido. De allí la marcada resistencia a la extinción de las ideas y supuestos básicos, pese a la considerable evidencia en contra que los individuos deben enfrentar a lo largo de su vida. Mahoney (1974) señala al respecto que los humanos somos más "organismos confirmadores" que desconfirmadores. Agrega con elocuencia:

"Un solo ejemplo de confirmación puede tener un impacto mucho mayor sobre el mantenimiento de una creencia, que muchos ejemplos no confirmatorios" (pág. 252)[12].

"Los individuos no sólo atienden selectivamente a las experiencias que confirman sus creencias, sino que se sitúan selectivamente en ambientes que aumentan la probabilidad de tal retroalimentación... las experiencias que contradicen nuestro mundo supuesto se ignoran o distorsionan selectivamente" (pág. 253)[13].

La adhesión de los científicos a sus teorías preferidas constituye un buen ejemplo de esta tendencia a la confirmación; los terapeutas no constituimos una excepción a este principio. Se trata de un fenómeno ampliamente conocido en psicología social. Hollander (1967) habla de la "resistencia de los individuos a aceptar nuevos elementos cognitivos, -v. gr. información- que viole el sistema de creencias que sustentan" (pág. 134)[14].

Las ideas y creencias que vamos adquiriendo, y que como vimos procuramos confirmar, no siempre son realistas. En algunos casos son francamente irracionales ya que suponen una evaluación inexacta de la realidad. En otros casos son exageradas, excesivamente generalizadas o demasiado rígidas. Se comprende entonces que el objetivo de la terapia consista en promover un reaprendizaje que permita al paciente rectificar, limitar, corregir o flexibilizar sus supuestos básicos, sustituyéndolos por una evaluación más racional y objetiva de los acontecimientos.

---

[12] "Cognición y Modificación de Conducta", Edit. Trillas, 1983.

[13] "Cognición y Modificación de Conducta", Edit. Trillas, 1983.

[14] "Principios y Métodos de Psicología Social", Amorrortu Editores, 1976.

Aaron Beck se ocupó de este proceso aplicándolo específicamente al campo de las depresiones. Describió los esquemas cognitivos básicos que predisponen a la depresión y los errores lógicos que cometen estos individuos al procesar la información -ver capítulo 10-. Su obra constituye un excelente ejemplo del desarrollo de filosofías existenciales irracionales y su efecto sobre la persona, en este caso un efecto depresógeno. Beck desarrolló un procedimiento terapéutico que permite a los pacientes reevaluar empíricamente sus supuestos básicos y asumir un sistema de creencias más racional (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979).

La **intolerancia a la ambigüedad** es otro fenómeno que aparece con frecuencia en el consultorio del terapeuta y fuera de él. Las situaciones indefinidas o ambiguas conspiran contra el deseo de vivir en un mundo claro, comprensible y ordenado. El conocimiento exacto de las cosas -personas, sucesos- y su clasificación en categorías definidas proporciona una sensación de control sobre las mismas, y cuando se edifica la seguridad personal sobre esa sensación de control se desarrolla una aversión a lo indefinido. Los individuos aprenden a evitar las situaciones ambiguas alterando la percepción que tienen de las mismas -distorsión cognitiva- mediante un "pensamiento dicotómico": las personas y acontecimientos se ubican en categorías dobles bien definidas. Los sujetos se consideran a sí mismos triunfadores o fracasados, fuertes o débiles y piensan que tienen un matrimonio bueno o malo. Catalogan a las personas como simpáticas o antipáticas, inteligentes o estúpidas, leales o traidoras, etc. Realizan atribuciones causales en situaciones en que la causalidad no es clara -necesitan saber por qué ocurren las cosas o quién es el responsable- y asumen posturas radicales frente a los fenómenos sociales. Se comprende que en este proceso de eliminar los "grises" y clasificar las cosas como "blancas o negras" se distorsiona necesariamente la realidad, ya que las situaciones indefinidas o incomprensibles forman parte inseparable de nuestro acontecer vital. Tal distorsión supone diferenciar los sucesos en términos cualitativos, por ejemplo: bueno o

malo, cuando la diferencia es en realidad cuantitativa -más o menos bueno- trazando arbitrariamente una línea divisoria.

EL MIEDO A LA INCONGRUENCIA

En 1959, León Festinger realizó un experimento ya clásico en psicología social. Pidió a un grupo de voluntarios que realizaran una tarea prolongada, monótona y aburrida y luego los dividió en dos grupos. A los miembros de uno de los grupos les ofreció un dólar por decir a otras personas -que supuestamente iban a realizar la misma tarea, pero que en realidad estaban de acuerdo con el investigador- que se trataba de un trabajo interesante y entretenido. A los miembros del otro grupo les ofreció diez dólares por hacer lo mismo. Una vez que los sujetos "mintieron" y cobraron su dinero, los investigadores les preguntaron si ellos habían encontrado realmente interesante o aburrida la tarea que habían realizado. Si el lector no está familiarizado con esta experiencia lo invitamos a que se detenga aquí y aventure un resultado: ¿cree usted que hubo alguna diferencia entre las evaluaciones realizadas por los miembros de ambos grupos? Sí así fue, ¿cuál de los grupos evaluó la tarea como más interesante?

Los sujetos que recibieron un dólar tendieron a evaluar la tarea como más interesante que los que recibieron diez dólares. La explicación radica en que para los sujetos del primer grupo resultaba difícil aceptar que habían mentido por sólo un dólar, ya que esto no coincidía con el concepto que tenían de ellos mismos. Los sujetos que fueron bien pagados, en cambio, no tuvieron reparos en aceptar que la tarea era efectivamente aburrida, y que habían afirmado lo contrario porque la suma ofrecida era importante.

Esta experiencia -y otras similares- sentaron las bases de una formulación muy importante en el campo de la psicología social, conocida como la teoría de la **disonancia cognitiva**. La misma expresa que cuando un concepto o hecho resulta incompatible con el cuerpo

de creencias preexistente, se crea una disonancia que supone una tensión displacentera. El individuo procura entonces eliminar la disonancia alterando el valor o el sentido de lo ocurrido -o de la nueva información- con el objeto de aliviar la tensión. En la experiencia de Festinger, el hecho de "mentir por un dólar" era disonante con el concepto que los sujetos tenían de sí mismos -se consideraban personas que no mentían por esa cantidad-. La disonancia fue resuelta concluyendo que no habían mentido, y que en realidad la tarea les había resultado agradable.

En suma, nos gusta creer que somos coherentes. Suponemos que las distintas ideas y actitudes que albergamos son congruentes entre sí y con nuestros actos, y los datos que cuestionan nuestra congruencia son difícilmente aceptados. También procuramos que las actitudes que sustentamos hacia otras personas y situaciones guarden cierta coherencia o "equilibrio". Este punto fue desarrollado sobre todo por Fritz Heider y Theodore M. Newcomb, quienes demostraron cómo los individuos distorsionan la percepción que tienen del mundo -personas y hechos de su entorno- con objeto de establecer una coherencia cognoscitiva entre los mismos (Lindgren, 1969). Si por ejemplo un sujeto tiene gran respeto y admiración por otra persona a quien considera sumamente lúcida e inteligente, y tiene al mismo tiempo una actitud muy negativa hacia la religión a la cual considera propia de individuos ignorantes y poco esclarecidos, puede experimentar una tensión psicológica al comprobar que la persona que admira es profundamente religiosa. Se crea así un estado desequilibrado e inestable, que el sujeto de nuestro ejemplo puede resolver cambiando en alguna medida el concepto que tiene de su ídolo, concluyendo por ejemplo que no es tan brillante como parecía, o su actitud hacia la religión, asumiendo que tal vez tenga algunos aspectos valiosos.

Vemos entonces cómo nuestras actitudes y conceptos pueden modificarse por una necesidad subjetiva de equilibrio o coherencia y no necesariamente por factores objetivos. Existe sin duda un considerable reforzamiento social para este fenómeno. En una cultura

que valora -refuerza- lo racional como máxima expresión de desarrollo personal, los individuos son condicionados desde temprana edad para adherir a un modelo de hombre "lógico y coherente" y reprobar, en sí mismos y en los demás, todo lo que suponga una "contradicción", aunque sea pequeña. Por supuesto que la capacidad individual para tolerar la incertidumbre y la incongruencia es variable, y en consecuencia es variable el grado en que se distorsiona la realidad. La educación y las experiencias de aprendizaje que ha vivido una persona determinan el grado de coherencia que pretende ver en sí misma y en el mundo. Si ha incorporado esquemas cognitivos demasiado rígidos, tal vez requiera una reeducación terapéutica para aceptar la incongruencia propia y ajena que inevitablemente encontrará, así como la ambigüedad e incertidumbre inherentes a la condición humana.

LAS IDEAS COMO CONDUCTAS

El condicionamiento de huida-evitación y el castigo están en la base de los fenómenos que acabamos de describir. El sujeto aprende primero que determinada respuesta le permite evitar o suprimir un evento desagradable y la emite en dichas ocasiones -reforzamiento negativo-. Una vez que la conducta ha sido reforzada, tiende a repetirse en las mismas situaciones -o en situaciones similares- en forma automática e irreflexiva. La conducta de pisar el freno cuando el semáforo cambia a rojo se aprende porque evita la posibilidad de ser multado o de sufrir un accidente. El semáforo en rojo constituye un E^D para la conducta de frenar. Una vez que el hábito se consolida, la respuesta se emite en presencia de la luz roja sin necesidad de efectuar un análisis detenido de las consecuencias. Al igual que en este ejemplo, gran parte de nuestra conducta está controlada por los estímulos que la preceden. No es necesario que el sujeto sea consciente de la contingencia para que el control sea eficaz. De

manera similar, la presencia de un suceso aversivo evoca una conducta de escape aprendida previamente. Podemos rascarnos la rodilla para eliminar la comezón producida por la picadura de un insecto sin que nos hayamos propuesto deliberadamente hacerlo, e incluso sin tener plena conciencia de que lo estamos haciendo. Como esa conducta fue reforzada en el pasado aliviando el prurito, adquirimos el hábito de rascarnos cada vez que sentimos comezón.

Las ideas también están controladas por sus consecuencias, de modo que su emisión depende del reforzamiento y el castigo igual que la conducta manifiesta. Wolpe (1958) señala que el desviar la atención de los estímulos que despiertan ansiedad y focalizarla en temas menos angustiantes, es un proceso similar a la evitación física. En ocasiones nos percatamos de que hemos olvidado una tarea desagradable sin que nos hayamos propuesto deliberadamente diferirla. En otros casos olvidamos -dejamos de evocar- una experiencia angustiante. La evocación del hecho desagradable fue castigada en el pasado puesto que generó angustia, por lo cual disminuyó su probabilidad futura. El cese de un comportamiento previamente castigado constituye una característica natural del organismo. Como veremos en el próximo capítulo, este fenómeno es independiente de la voluntad del sujeto o de una supuesta instancia psíquica censora[15].

Un ejemplo sencillo nos permitirá sintetizar los conceptos que venimos desarrollando. Un sujeto que a partir de los procesos de aprendizaje precoces que hemos visto incorpora la idea de que "el mundo es hostil", puede atender selectivamente a los eventos que confirman su idea e ignorar los datos que la contradicen. De este modo evita la inseguridad que experimentaría si debiera desmantelar

[15] Conviene tener presente, además, que la mayoría de los olvidos responde a otros factores: el desvanecimiento normal de las impresiones con el paso del tiempo y la interferencia de material similar al que hemos aprendido. No es necesario suponer que todos los olvidos son intencionales, ni siquiera aquellos que se refieren a hechos emocionalmente significativos.

los patrones cognitivos que le permiten comprender y enfrentar al mundo. Puede evitar también las relaciones íntimas e incluso aislarse como medida de protección frente a los demás, y luego justificar su actitud atribuyéndola a motivos razonables para evitar confrontarse con su propia irracionalidad, lo cual sería disonante con el concepto que tiene de sí mismo. Las conductas de atender y analizar los eventos, relacionarse socialmente y racionalizar resultan afectadas por sus consecuencias. El acto de involucrarse en una relación íntima es castigado por los supuestos riesgos que trae aparejado. La conducta de racionalizar, en cambio, es reforzada porque evita que el individuo se perciba como irracional o excesivamente desconfiado. El sujeto no "utiliza" estos mecanismos en el sentido de que se propone -consciente o inconscientemente- actuar de ese modo. Los resultados alteran directamente la probabilidad del comportamiento. Las conductas que reducen la ansiedad tienden a repetirse, mientras que se suprimen las respuestas que generan consecuencias aversivas, aunque dichas consecuencias provengan de una evaluación equivocada de la realidad.

Otros procesos habitualmente interpretados en términos "psicodinámicos" son susceptibles también de un análisis conductual. En el capítulo 4 señalamos la diferencia entre los conceptos de "generalización" y "desplazamiento". En términos generales, conviene distinguir entre la descripción objetiva de un hecho clínico y su interpretación. Afirmar por ejemplo que un paciente es desconfiado, suspicaz y que presume intenciones malignas en las personas que lo rodean cuando ello no se justifica, es describir objetivamente un hecho clínico. Decir que está "proyectando" en los otros sus propios impulsos para desprenderse de ellos por ser intolerables, es sólo una de las interpretaciones posibles. Incluso cuando se constata efectivamente que un sujeto atribuye a otros sus propios deseos e intenciones, esto continúa siendo una descripción objetiva que no lleva necesariamente a plantear un mecanismo tal como la "proyección"; de hecho, el mismo fenómeno puede interpretarse en

forma mucho más simple. La única realidad subjetiva a la que tenemos acceso directo es la propia, mientras que debemos comprender al prójimo indirectamente a partir de sus conductas observables. Al atribuirle un significado a esa conducta, inevitablemente extrapolamos nuestros propios móviles. Para que esto no ocurriera, deberíamos desprendernos por completo de nuestra experiencia personal y desarrollar una empatía total y absoluta. Obviamente, esto resulta imposible. Por este motivo, cuando observamos a una persona llorando automáticamente suponemos que está triste o angustiada, porque eso es lo que sentimos nosotros cuando lloramos. Si nos enteramos de que ha recibido una buena noticia y de que su reacción habitual en esos casos es el llanto, podremos corregir nuestra primera apreciación.

De modo que en ausencia de una información completa sobre los móviles de otra persona, y debido a que nunca tenemos acceso directo a sus procesos psicológicos, generalizamos a partir de nuestra propia experiencia -o de nuestra experiencia anterior con otros individuos-. Por supuesto que la capacidad empática es muy variable para las distintas personas, y algunos sujetos interpretan sistemáticamente las actitudes y reacciones ajenas como si estuvieran determinadas por motivos idénticos a los suyos. En otras palabras, todo el proceso puede interpretarse en términos de un error en el procesamiento de la información. Esto no excluye la incidencia de otros factores como los descritos a lo largo de este capítulo; ya hemos analizado nuestra tendencia a mantener los juicios globales que nos hemos formado y las premisas básicas que amparan nuestro conocimiento del mundo; esto incluye, por supuesto, las ideas relativas a la naturaleza humana y los móviles que atribuimos al comportamiento de los otros.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

RAZON Y EMOCION EN PSICOTERAPIA. Albert Ellis. DDB, Bilbao, 1980. Capítulo 20: "Las limitaciones de la psicoterapia".

INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA SOCIAL. Lindgren, H.C. Edit. Trillas, México, 1980. Capítulo 7: "Disonancia, consonancia y equilibrio".

Capítulo 8

MEMORIA, VOLUNTAD Y AUTOCONCIENCIA[16]

MEMORIA

Como vimos en los capítulos anteriores, la mayor parte de nuestras conductas fueron aprendidas a lo largo de la vida como resultado de nuestra interacción con el medio. La posibilidad de volver a emitir una respuesta aprendida, por ejemplo una dirección o un número de teléfono, ha sugerido la existencia de "recuerdos almacenados en la memoria". Como veremos en seguida, el proceso que llamamos recordar puede explicarse en términos conductuales sin recurrir a inferencias de esta naturaleza.

Una manera de abordar este problema, consiste en examinar qué ocurre en el organismo durante el proceso de aprendizaje. La relación estímulo-respuesta que analizamos a nivel conductual supone una conexión en el sistema nervioso. En el caso de las respuestas innatas -por ejemplo la contracción de la pupila cuando incide sobre ella un rayo de luz-, tal conexión existe desde que el sujeto nace y decimos que está genéticamente determinada. El proceso de aprendizaje consiste en la creación de nuevas conexiones neurológicas o en la facilitación de vías ya existentes como resultado de la interacción con el medio. Actualmente se acepta que la experiencia determina cambios sinápticos en el sistema nervioso central, de modo que se facilita la conexión interneuronal en las áreas involucradas (Eccles, 1970) (Larry Squire, 1987). Estudios actuales dan cuenta incluso de la

[16] Este capítulo se basa en el artículo "Memoria voluntad y autoconciencia" publicado por el autor en la revista "Relaciones" No. 68, Montevideo, setiembre de 1991.

creación de nuevas sinapsis durante el proceso de aprendizaje (Larry Squire, 1987). La facilitación sináptica que ocurre durante la emisión de una conducta aumenta la probabilidad de volver a emitir dicha conducta cuando se presenten nuevamente los estímulos originales[17].

El proceso de aprendizaje consiste, por lo tanto, en la modificación estructural del sistema nervioso como resultado de la experiencia. Cuando aprendemos el nombre de una persona, lo que adquirimos en realidad es la capacidad de volver a evocar esa respuesta -el nombre- en presencia del estímulo -la persona-. También adquirimos la capacidad de evocar el nombre en respuesta a la imagen de la persona o cuando alguien nos pregunta por ella. Los cambios ocurridos en nuestro sistema nervioso nos proporcionan una nueva capacidad de respuesta, la cual ocurrirá sólo en las condiciones de estímulo apropiadas. Recordemos que la información, en este caso el nombre, sólo existe cuando se activan los circuitos neuronales correspondientes. En ausencia de los estímulos apropiados, los circuitos se mantienen inactivos y la respuesta, sencillamente, no existe.

De modo que no archivamos información en la memoria. Recordar no significa extraer información de un reservorio mental. El proceso de recordar implica volver a emitir una respuesta cuando la misma es evocada por los estímulos adecuados. Cuando "buscamos en la memoria", lo que hacemos es generar estímulos -reviviendo por ejemplo el momento en que nos presentaron la persona cuyo nombre queremos recordar o repitiendo nombres que nos "suenan" parecidos- hasta que uno de ellos suscite la respuesta buscada (Skinner, 1974). En este punto conviene recordar la diferencia entre organismo y conducta. Mientras el organismo **existe** como una entidad permanente o estable, la conducta consiste en un cambio que

[17] La respuesta puede ser evocada también por estímulos similares al original, proceso conocido con el nombre de "generalización".

ocurre en ese organismo -ver capítulo 1-. La conducta, -incluyendo las conductas privadas que conocemos como "información"- no está en algún lugar; ocurre cuando se dan las circunstancias de estímulo apropiadas.

A la luz de los conceptos que estamos desarrollando, resulta difícil mantener la dicotomía psicológico-orgánico. Los fenómenos que usualmente llamamos psicológicos, por ejemplo los pensamientos y emociones, consisten en la activación de ciertas estructuras neurológicas. Es la activación de dichas estructuras lo que percibimos como emoción o pensamiento. Las ideas y los afectos no están en la "mente" o en algún otro lugar inmaterial.

A veces se habla de "causas psicológicas" en oposición a "causas orgánicas" del comportamiento alterado. Si por causas psicológicas se quiere significar que el sujeto desarrolló ese comportamiento como resultado de sus experiencias vitales y no debido a una lesión del sistema nervioso, sería más apropiado afirmar que el comportamiento fue aprendido, recordando que el aprendizaje también es un proceso que ocurre en el sistema nervioso. El hecho de que las respuestas aprendidas sean más plásticas, es decir más fácilmente modificables por un aprendizaje ulterior, no les quita su condición de procesos orgánicos. En última instancia, el sujeto siempre responde a los estímulos presentes de acuerdo a su constitución biológica, la cual se modifica constantemente como resultado de la experiencia -aprendizaje-.

LA CONDUCTA DE "SER CONSCIENTE"

Las consideraciones que hemos hecho a propósito de la memoria, se aplican igualmente al concepto de inconsciente. Como hemos visto, las conductas sólo existen mientras son emitidas, es decir, ocurren o no ocurren. Esto resulta claro para los comportamientos públicamente observables como escribir a máquina o andar en bicicleta. Adquirir

dichas habilidades significa desarrollar la capacidad de escribir o de andar en bicicleta en ciertas condiciones. Cuando no se dan las condiciones pertinentes, la conducta no se emite. No suponemos que "está" en algún lugar.

Las respuestas privadas como las imágenes, emociones y pensamientos son susceptibles de un análisis similar. Existen sólo cuando se dan las contingencias apropiadas. En ausencia de una estimulación eficaz, existe sólo la **capacidad** de evocar el nombre de una persona o la imagen de su rostro. Como señala Wolpe (1958), esta capacidad existe en el mismo sentido que la capacidad de extender la pierna como respuesta a un golpe en la rótula. Depende de la estructura neurológica del organismo. Pero la estructura neurológica no es la respuesta. El nombre o la imagen no están en "el inconsciente" ni existen en estado latente. El mismo Wolpe (1958) resume claramente esta idea al afirmar que "...los recuerdos no existen en forma de pensamientos o imágenes en una especie de almacén dentro de nosotros, sino que dependen del establecimiento, a través del proceso de aprendizaje, de interconexiones nerviosas específicas..." (pág 108)[18]. Wolpe cita las experiencias de Penfield en apoyo a sus afirmaciones, y a propósito de la activación neuronal necesaria para evocar una imagen, señala: "La imagen no puede tener una existencia independiente fuera de la estimulación de esas neuronas" (pág. 31)[19].

En estado de vigilia, los seres humanos somos capaces de una respuesta compleja: podemos responder a nuestra propia conducta. Además de escribir a máquina o experimentar ansiedad, podemos **saber** que estamos escribiendo, viendo el árbol o sintiéndonos nerviosos. En otras palabras, podemos ser conscientes de nuestra propia conducta y de las contingencias responsables de la misma. Esta

[18] Psicoterapia por Inhibición Recíproca, DDB, 1978.

[19] Idem.

respuesta a nuestra propia conducta se conoce como "autoconciencia", y consiste en una descripción privada generalmente verbal de nuestro comportamiento: "estoy viendo el árbol".

La respuesta de ser consciente requiere la activación de la corteza cerebral presente durante el estado de vigilia. Mientras dormimos también podemos responder a estímulos, por ejemplo moviéndonos o emitiendo imágenes -actividad onírica- pero no podemos responder a nuestra conducta efectuando una descripción verbal de las contingencias. Si nos imaginamos el árbol cuando estamos despiertos, sabemos que estamos imaginando y podemos incluso describir las contingencias responsables de dicha conducta, por ejemplo la pregunta que nos acaba de formular nuestro interlocutor: "¿cómo es el árbol que está frente a la casa?" Sabemos también que no estamos frente al árbol real.

Tal descripción de nuestra conducta y de las circunstancias bajo las cuales se emite no es posible durante el sueño. Podemos emitir la imagen pero no ser conscientes de lo que hacemos ni de las contingencias responsables. No tenemos, en suma, noción de realidad. Tampoco respondemos a muchas de las conductas que emitimos mientras estamos despiertos. Gran parte de nuestros gestos y movimientos nos pasan desapercibidos, es decir no somos conscientes de ellos. Ello ocurre porque la conducta de "ser consciente", al igual que otros comportamientos, está controlada por sus consecuencias. En otras palabras, atendemos aquellas cosas que nos resultan importantes e ignoramos los eventos intrascendentes.

Queda claro entonces que no empleamos el término inconsciente como un sustantivo. No hablamos de "el inconsciente" como una entidad, sino del acto de ser conscientes de nuestra propia conducta. El término inconsciente denota sólo la ausencia de dicha respuesta. Al igual que otras respuestas, la conducta de ser consciente puede variar en su intensidad, de modo que es preferible hablar de distintos grados de autoconciencia que trazar fronteras arbitrarias de tipo consciente-inconsciente. En ese sentido, Arnold Lazarus (1983) critica la noción

del inconsciente "...con sus límites topográficos, divisiones, supuestos complejos y funciones intrapsíquicas..." (pág. 35)[20], y en su lugar habla de "procesos no conscientes".

OLVIDO

Otro fenómeno que ha estimulado la imaginación de los psicólogos es el olvido. Las explicaciones tradicionales hacen hincapié en que las personas no desean recordar ciertos sucesos. Suponen que existe el propósito inconsciente de olvidar eventos inaceptables o dolorosos, los cuales son "reprimidos" activamente.

En el capítulo anterior hemos señalado que los pensamientos también están controlados por sus consecuencias, de modo que aquellos que generan temor, ansiedad o culpa resultan castigados y su frecuencia puede disminuir. Como indicamos en dicha sección, no es necesario suponer la existencia de una instancia represora dotada de voluntad propia para explicar este proceso. Por otra parte, los pensamientos "inaceptables" no permanecen en algún lugar pugnando por salir. Simplemente, dejan de evocarse porque el balance de sus consecuencias así lo determina.

Aun con estas salvedades, el "olvido intencional" ha sido invocado con demasiada frecuencia. Suponer que todo olvido responde a un propósito inconsciente, implica asumir que en ausencia de tal propósito deberíamos recordar todos los eventos. La experiencia nos demuestra, sin embargo, que la memoria no funciona con tanta eficacia. Muchos factores, como el número de veces que repetimos un acto o lo reciente del aprendizaje, influyen en nuestra capacidad para recordar. Si no fuera así, los estudiantes podrían adquirir información

[20] Terapia Multimodal, Edit. Ippem, 1983.

con una sola lectura y los repasos serían innecesarios. Más aún, tal información podría ser evocada años después sin la menor dificultad.

La interferencia de otras respuestas similares también conspira contra la capacidad de recordar. Esto es lo que ocurre cuando deseamos "traer a la memoria" un número telefónico y evocamos otro parecido, generalmente uno que empleamos con más frecuencia. El ejemplo es válido tanto para la conducta privada de pensar el número como para la conducta manifiesta de discarlo.

El problema del olvido en sí mismo ha sido mal encarado. El primer paso para analizar un problema conductual es identificar el comportamiento que estamos examinando. Aquí la conducta es la imagen o pensamiento evocados, no el olvido. Por lo tanto, es necesario examinar las condiciones necesarias para que el pensamiento vuelva a emitirse: los estímulos discriminativos y las consecuencias que en el pasado ha generado la evocación de dicha respuesta. Cuando no se dan las condiciones suficientes para el recuerdo, o cuando los estímulos evocan respuestas diferentes a la que deseamos -por ejemplo otro nombre u otro número telefónico-, decimos que hemos "olvidado" la información buscada. Así encarado, el olvido no es un proceso activo; no existe el "acto de olvidar". El término olvido designa sólo la no ocurrencia de una conducta. El proceso activo es la emisión de la conducta -recuerdo- que tiene lugar sólo cuando se dan ciertas condiciones.

VOLUNTAD Y LIBERTAD

Hemos visto que la conducta operante se percibe generalmente como voluntaria. Nos proponemos dar un paseo, revisar las cuentas o mirar televisión y experimentamos tales conductas como causadas por nuestra voluntad. Si un joven resuelve estudiar arquitectura luego de analizar distintas opciones, puede considerar que dicho acto es el fruto de su decisión.

El psicoanálisis ha ampliado este concepto postulando la existencia de una voluntad inconsciente, la cual explicaría gran parte del comportamiento humano. De acuerdo a este modelo, la conducta que emitimos es el resultado de nuestras intenciones aún cuando no tengamos conciencia de las mismas. Se plantea incluso la existencia de varios agentes internos dotados de voluntad propia y en permanente conflicto.

El análisis experimental del comportamiento, en cambio, ha establecido que la emisión de una conducta depende de los estímulos presentes y de las consecuencias que dicha conducta ha generado en el pasado en presencia de tales estímulos. En otras palabras, la conducta está controlada por las contingencias actuales y por la historia de aprendizaje del sujeto, no por su voluntad.

Como la historia de aprendizaje y muchos de los estímulos relevantes no son evidentes en el momento en que se emite la conducta, ni siquiera para el propio sujeto, se supone que el individuo tiene la facultad de iniciar el comportamiento espontáneamente, "a voluntad" (Skinner, 1974). Lo cierto es que dada una constelación de estímulos externos e internos y una historia de aprendizaje particular, el individuo actúa de la única manera que puede hacerlo. La ilusión de una voluntad libre está mantenida por la convicción errónea de que la persona "podría haber actuado de forma diferente, si hubiera querido". En realidad la persona podría haber actuado en forma diferente si las circunstancias hubieran sido diferentes. El lector de estas líneas puede suponer que no estaría leyendo si hubiera elegido hacer otra cosa. Si hubiera pensado que la lectura le resultaría aburrida o innecesaria, tal vez no la habría iniciado. Pero en tal caso las contingencias habrían sido otras, ya que el anticipar las consecuencias aversivas de leer habría alterado la constelación causal. En las circunstancias que realmente existieron, la conducta de leer era inevitable; por eso ocurrió.

El proceso de recordar y la conducta de ser consciente que analizamos en los párrafos anteriores, son susceptibles de un análisis

similar. El sujeto no evoca un recuerdo o atiende un suceso porque se lo propone. Son los estímulos los que actuando sobre un organismo con cierta historia de aprendizaje, suscitan la respuesta de atender o determinan que vuelva a emitirse una imagen o pensamiento -recuerdo-. (Skinner, 1971).

Otra fuente habitual de confusión tiene lugar cuando la conducta está mantenida por reforzamiento positivo. Como en este caso las consecuencias no generan evitación o escape sino acercamiento, el sujeto tiene la impresión de que actúa de ese modo "porque quiere". En realidad actúa de ese modo porque obtiene un reforzador como resultado de su conducta. Aunque este tipo de reforzadores suele experimentarse como agradable, el control ejercido por ellos no es menos control que aquel producido por las consecuencias aversivas -reforzamiento negativo y castigo- (Skinner, 1971). Cuando la conducta mantenida por reforzamiento positivo tiene además consecuencias desagradables o inconvenientes, como los hábitos de fumar o comer en exceso, el sujeto percibe con claridad el control ejercido por este tipo de reforzadores y reconoce que "hacer lo que le gusta" no equivale a ser libre.

No siempre la conducta operante se percibe como voluntaria. Cuando respondemos "automáticamente" a nuestro nombre no percibimos dicho acto como el resultado de una decisión personal. Lo mismo ocurre cuando conducimos un auto mientras conversamos y realizamos las maniobras apropiadas "sin pensar".

En otros casos, en cambio, imaginamos las probables consecuencias de un acto futuro. Cuando pensamos "si abro la ventana entrará un poco de aire" o "si pago hoy la factura de la luz evitaré un recargo", estamos anticipando los resultados de una conducta en el caso de que sea emitida. Richard Malott se refiere a tales enunciados como "reglas verbales" que describen las contingencias, es decir la conducta y sus probables consecuencias (Malott y García, 1986)[21]. Otros ejemplos de

[21] Ver capítulo 3 para un análisis de la conducta gobernada por reglas".

reglas verbales, serían: "Si no estudio ahora voy a perder el examen"; "si tomo un analgésico conseguiré aliviar el dolor de cabeza". Cuando nuestra conducta queda controlada por las consecuencias que anticipamos, la percibimos como voluntaria y sentimos que nos proponemos iniciar una acción. Pero no es "la voluntad" sino las consecuencias generadas por nuestro enunciado verbal las que controlan el comportamiento. Digamos de paso que las imágenes o enunciados que evocamos en cualquier situación, también dependen de un aprendizaje anterior: son respuestas privadas a estímulos presentes, internos o externos, y no resultado del azar o del "libre albedrío".

Cualquier conducta operante puede estar controlada por consecuencias anticipadas, y experimentarse por tanto como voluntaria. Recordemos, sin embargo, que las reglas verbales resultan imprescindibles cuando los resultados que motivan el comportamiento son diferidos, como al estudiar para un examen -ver capítulo 3-. Las reglas verbales también son necesarias cuando las contingencias son nuevas, es decir cuando el sujeto nunca estuvo expuesto a ellas, como ocurre al seguir instrucciones: "primero inserte una moneda y luego accione la palanca".

Cuando el comportamiento está controlado directamente por los estímulos como resultado de un aprendizaje anterior, o cuando las consecuencias de la conducta son inmediatas, no es necesario que el sujeto evoque los resultados futuros. Esto es lo que ocurre, por ejemplo, cuando nos rascamos la cabeza mientras estamos absortos en una lectura que nos "atrapa", o cuando conducimos automáticamente un auto. En estos casos el sujeto puede no ser consciente de su conducta o de las contingencias responsables de la misma. Cuando el sujeto describe para sí mismo su propia conducta, -"me estoy rascando"- decimos que es consciente de ella. Esta toma de consciencia permite evocar otras posibles consecuencias del acto -reglas verbales- y eventualmente suspenderlo: "si me sigo rascando me voy a lesionar la piel o se me va a infectar". El acto de rascarse, que

hasta ese momento pasaba desapercibido, pudo ser modificado cuando centramos nuestra atención sobre él y evaluamos sus efectos posteriores. Hasta ese momento, la conducta estaba controlada directamente por el alivio del prurito. El hecho de ser consciente de la conducta no la modifica necesariamente, pero permite evocar otros resultados capaces de alterar el comportamiento. Cuando el sujeto es consciente de sus actos el determinismo es más complejo porque se introducen nuevas variables, pero la conducta sigue estando controlada por sus consecuencias.

Considerar a la voluntad como un agente interno que inicia la conducta no explica en realidad el comportamiento. En todo caso, todavía tendríamos que explicar por qué tenemos la voluntad de actuar. No ganamos nada con suponer que las consecuencias generan una voluntad de actuar y ésta, a su vez, determina la conducta. Como ya hemos visto, la conducta está controlada por las contingencias -estímulos y consecuencias- aun cuando no se perciba como voluntaria, de modo que la voluntad no es un eslabón necesario. El apelar a un agente interno de esta naturaleza tampoco ayuda a controlar el comportamiento. Cuando apelamos a la "fuerza de voluntad" para seguir una dieta, lo que hacemos realmente es tener presentes las consecuencias aversivas de comer en exceso y las ventajas de adelgazar. Dichas consecuencias anticipadas pueden competir con los resultados gratificantes de la conducta de comer, y eventualmente controlarla.

Las consideraciones que hemos hecho a propósito de la voluntad plantean, naturalmente, el problema de la libertad. En una concepción determinista del comportamiento, libertad no puede equipararse a libre albedrío. En lugar de libre albedrío, hablamos de autocontrol o autodirección. El propósito de una ciencia de la conducta es proporcionar al individuo herramientas eficaces para modificar su comportamiento. A su vez, el acto de manipular las causas de la propia conducta para modificarla está controlado por las consecuencias del cambio y no es el resultado de una "voluntad de cambiar".

No conseguiremos que el hombre sea dueño de su destino suponiendo que su comportamiento no está determinado, sino reconociendo dicho determinismo y estudiando las variables de las cuales depende (Skinner, 1953). El conocimiento de tales variables y de los principios generales del aprendizaje permitirán al hombre dirigir su propia conducta y ser, en ese sentido, más libre.

LA PSICOLOGIA DEL DESEO

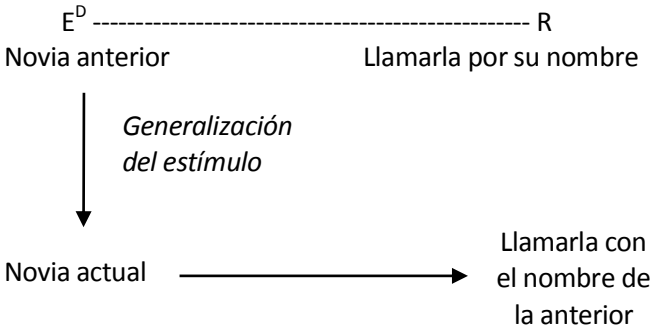
En muchos aspectos, la psicología tradicional puede calificarse como una "psicología del deseo". Según este punto de vista, muy popular entre los adeptos de la "psicología profunda", todo lo que hacemos refleja nuestros auténticos deseos: si olvidamos cumplir con un encargo o si equivocamos el nombre de una persona, tales errores revelan nuestras verdaderas intenciones. El explicar la conducta como resultado de instancias psíquicas dotadas de voluntad propia como el yo, el ello y el super-yo freudianos, lleva a exagerar el papel del deseo. En tal contexto, explicar la conducta equivale a establecer por qué el sujeto -o alguna parte de él- "quiere" hacer lo que hace. Ninguna explicación resulta satisfactoria si no descubre las intenciones que, según este criterio, subyacen al comportamiento.

El error de este planteo radica en confundir causa con intención. Cuando decimos que una conducta no es intencional, no estamos diciendo que no tenga causa. Simplemente, la estamos explicando de otro modo. Ya hemos visto -capítulo 4- que la conducta respondiente no es intencional, sino que es evocada automáticamente por ciertos estímulos. El apareamiento de un EC con un EI, determina el desarrollo de una respuesta de ansiedad frente a una situación que antes no despertaba temor. El EC dispara luego la respuesta, independientemente de los deseos -conscientes o inconscientes- del individuo.

La conducta operante, en cambio, puede estar relacionada con los deseos del sujeto en el sentido de que está mantenida por reforzamiento. Sin embargo, esto no implica que exprese necesariamente sus deseos **actuales**. Analicemos brevemente el siguiente ejemplo: Luego de romper un prolongado noviazgo, un joven continúa refiriéndose a su antigua pareja como su "novia". De acuerdo al criterio anterior, podría inferirse que su error revela sus auténticos deseos.

Recordemos, sin embargo, que en presencia de un estímulo discriminativo la conducta tiene una alta probabilidad de emitirse porque fue reforzada previamente en las mismas circunstancias. No es el reforzamiento actual sino la historia de reforzamiento **anterior** la que determina la emisión de una conducta. En este caso, la chica constituye un E^D para la conducta del joven de referirse a ella como "mi novia", porque dicha conducta fue reforzada en el pasado. Decimos que ha adquirido un hábito. Si de aquí en más la conducta deja de ser reforzada, dejará de emitirse en el futuro -se extinguirá-.

Supongamos que el joven comienza a salir con otra chica y se dirige a su nueva compañera utilizando el nombre de la anterior. ¿Debemos inferir que desea en realidad estar con su antigua novia y no con la actual? No necesariamente. Su error puede explicarse por una simple generalización del estímulo. Cuando una conducta es reforzada, en este caso el acto de llamar a la novia anterior por su nombre, puede emitirse después en presencia de un estímulo que comparta alguna similitud con el original -su novia actual-:



De modo que la conducta no refleja siempre los deseos actuales del sujeto. Esto no significa que no tenga causa. Como hemos visto, la conducta operante está determinada por los estímulos presentes y por la historia de aprendizaje anterior. Por ese motivo puede emitirse aunque no resulte actualmente reforzante, si bien esta eventualidad conduce finalmente a la extinción.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

TERAPIA MULTIMODAL. Arnold A. Lazarus. Edit. Ippem, Buenos Aires, 1983. Capítulo 2: "Conceptos básicos para la práctica de la terapia multimodal".

SOBRE EL CONDUCTISMO. B. F. Skinner. Editorial Planeta-Agostini, Barcelona, 1986.

Capítulo 9

EL PROBLEMA DE LAS CAUSAS EN PSICOTERAPIA CONDUCTISTA[22]

Durante los últimos años se ha verificado un interés creciente por la terapia del comportamiento entre los profesionales vinculados a la salud mental. Sin embargo, tal interés se ha orientado principalmente a las "técnicas conductistas", dejando de lado los fundamentos teóricos que están en la base de dichos procedimientos. Quienes se ocupan sólo de las técnicas suelen cuestionar el tratamiento conductual porque, según dicen, no ataca las verdaderas causas del problema. Con frecuencia formulan las siguientes críticas:

"La terapia de la conducta es sintomática, ya que se dirige a la eliminación del síntoma pero no trata las causas subyacentes al trastorno"

"La terapia de la conducta es superficial, puesto que no profundiza en el análisis de los problemas del paciente para relacionarlos con sus raíces históricas"

El error de este planteo consiste en valorar el tratamiento conductista a partir de una explicación "psicodinámica" de los trastornos psíquicos. Quienes aceptan la premisa de que la conducta

[22] Este capítulo está basado en el trabajo presentado por el autor en las "IV Jornadas Argentinas de Terapia del Comportamiento", Mendoza, Octubre de 1985 y publicado en la revista "DESCUBRIR" Vol. 1, No. 1, Octubre de 1986, Montevideo.

neurótica es "síntoma" de un conflicto subyacente, no comprenden por qué la terapia conductual propone un reaprendizaje de los hábitos inconvenientes. Sin embargo, tal premisa sólo es válida en el marco de la teoría psicoanalítica. El modelo comportamental explica de otro modo el desarrollo de la perturbación emocional.

Por tal motivo, no tiene sentido evaluar un procedimiento terapéutico partiendo de una visión del psiquismo distinta de aquella de la cual surge. Por el contrario, cada modalidad de psicoterapia debe comprenderse en su propio contexto teórico. Con la finalidad de ilustrar este punto, efectuamos a continuación un paralelo entre los principales modelos de "enfermedad mental", comenzando por el encare médico de los trastornos psiquiátricos.

MODELOS DE ENFERMEDAD MENTAL

El **modelo médico** de enfermedad mental es la aplicación del enfoque tradicional de la medicina a los problemas emocionales. Concibe a los trastornos psíquicos como la expresión de alteraciones orgánicas producidas por agentes infecciosos, traumáticos o por la disfunción del sistema nervioso central. El ejemplo clásico de psicosis generada por un microorganismo es la demencia que acompaña a la neurosífilis, enfermedad producida por la acción del Treponema Pallidum. Aunque esta afección es rara actualmente, otras encefalitis infecciosas pueden deparar también alteraciones de la personalidad.

Los trastornos psíquicos resultantes de traumatismos craneales, la enfermedad de Alzheymer y la demencia arteriosclerótica, son otros ejemplos del modelo médico de enfermedad mental. Actualmente se han demostrado alteraciones bioquímicas en la base de psicosis como la depresión mayor o la esquizofrenia, y es posible modificar radicalmente la evolución de dichas enfermedades mediante la administración de psicofármacos. En este enfoque, los cambios en la conducta se conciben como "síntomas" de una causa subyacente, la

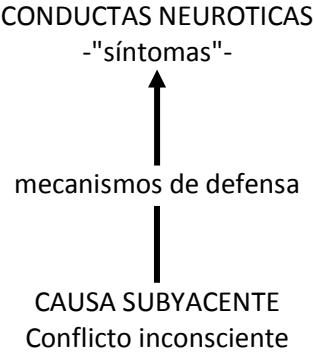
cual es necesario tratar para modificar el cuadro psicopatológico. En forma esquemática, podríamos representarlo así:

SINTOMAS PSICOLOGICOS
Cambios en la actividad, memoria,
juicio, reactividad emocional, etc.

CAUSA SUBYACENTE
infección, disfunción bioquímica,
lesión del tejido cerebral por traumatismo,
hemorragia, edema, etc.

Aunque el modelo médico permite explicar y tratar muchos cuadros psiquiátricos, sobre todo las psicosis, no ha resultado tan útil para comprender el desarrollo de los trastornos "neuróticos" que no se acompañan de lesiones orgánicas demostrables. El **modelo psicoanalítico** ha procurado superar esta dificultad adaptando la visión médica tradicional a un enfoque mentalista del comportamiento: en lugar de traumas físicos invoca traumas psicológicos subyacentes a los problemas emocionales. La causa original se atribuye a un conflicto inconsciente que se gestó en determinada etapa del "desarrollo psicosexual". El valor que se asigna a la situación vital que atraviesa el sujeto, radica en su capacidad para reactivar el conflicto debido a su valor simbólico o a reeditar situaciones pasadas. Los mecanismos de defensa puestos en juego para yugular la angustia que genera esta situación determinan la

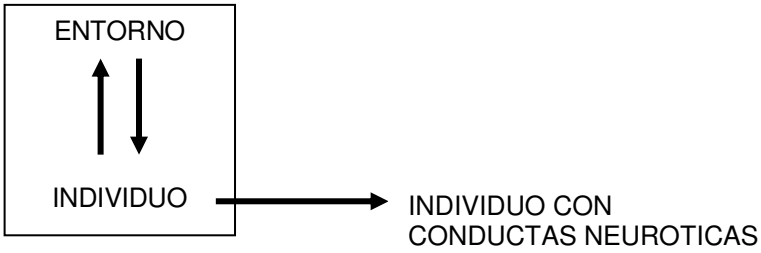
fisonomía clínica del paciente, es decir sus conductas neuróticas, que por consiguiente se consideran "síntomas":



Como resultado de este enfoque, la intervención terapéutica tiene por finalidad interpretar el valor simbólico de los comportamientos neuróticos, incluyendo el análisis de la relación transferencial, para relacionarlos con la conflictiva de base. Se supone que dichos "síntomas" desaparecerán una vez que el paciente adquiera una introspección auténtica y resuelva el conflicto original. Es fácil ver la similitud de este enfoque con el modelo médico: la existencia de causas subyacentes a la conducta, la necesidad de actuar sobre dichas causas para eliminar la neurosis y la suposición de que la conducta neurótica no puede modificarse sin abordar la conflictiva de base, son claras transposiciones de la medicina tradicional. Sin embargo, los supuestos conflictos subyacentes no son fácilmente demostrables, como tampoco lo son otros aspectos de la teoría. La aparición de "síntomas sustitutos" cuando se modifica directamente la conducta, por ejemplo, nunca ha sido demostrada.

El **modelo conductual** sostiene que los comportamientos neuróticos se desarrollan durante la vida del sujeto a partir de su

interacción con el medio. Este proceso se conoce como aprendizaje, y determina que el sujeto incorpore estilos de pensamiento, sentimiento y acción. Algunos de estos hábitos resultan inconvenientes, limitantes o autodestructivos -neuróticos-:



Aprendizaje

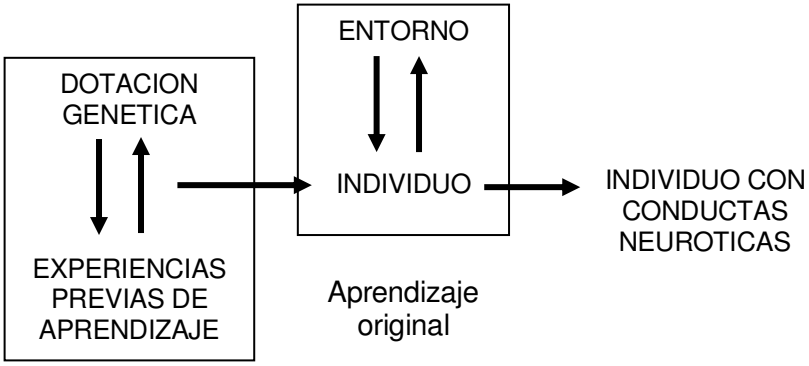
El análisis experimental del proceso de aprendizaje ha permitido describir los principios que regulan la adquisición de nuevos hábitos. Estos principios se agrupan en diferentes "modelos" de aprendizaje, tales como el condicionamiento operante, el condicionamiento clásico, el aprendizaje imitativo y el aprendizaje mediado por factores cognitivos. A su vez, la interacción recíproca entre estos modelos explica la complejidad de todo proceso de aprendizaje, al punto de que muchas veces no es posible -ni necesario- establecer cómo se adquirió determinada pauta de conducta.

La investigación de las leyes que rigen la adquisición de nuevos hábitos no reviste sólo un interés académico, en el sentido de explicar el desarrollo de las conductas inconvenientes. Como hemos señalado en capítulos anteriores, el conocimiento de tales leyes permite encarar el tratamiento como una nueva experiencia de aprendizaje, esta vez de conductas más útiles o eficaces para el cliente.

De modo que en este modelo la conducta neurótica no es el síntoma de un conflicto subyacente, sino el resultado de un proceso de

aprendizaje anterior. No existe algo "debajo" o "detrás" de la conducta neurótica, como tampoco hay algo debajo del comportamiento normal. Aprendemos a hablar con nosotros mismos en términos hipercríticos, por ejemplo, descalificando nuestro desempeño, del mismo modo que aprendemos a evaluarnos en forma tolerante y constructiva. También aprendemos a juzgar a los demás de manera más o menos exigente. Se comprende entonces por qué la intervención terapéutica consiste en promover un reaprendizaje y no en descubrir supuestos conflictos inconscientes. El calificar dicha intervención como "sintomática" es sintomático de desconocer el modelo que la sustenta.

El proceso de aprendizaje que dio lugar al desarrollo de un estilo de conducta neurótico, no se considera aislado de la historia vital del sujeto. La constitución genética del individuo y sus experiencias de vida anteriores, lo predisponen a interactuar con su entorno de una manera determinada e influyen, por tanto, en la adquisición de nuevos hábitos:



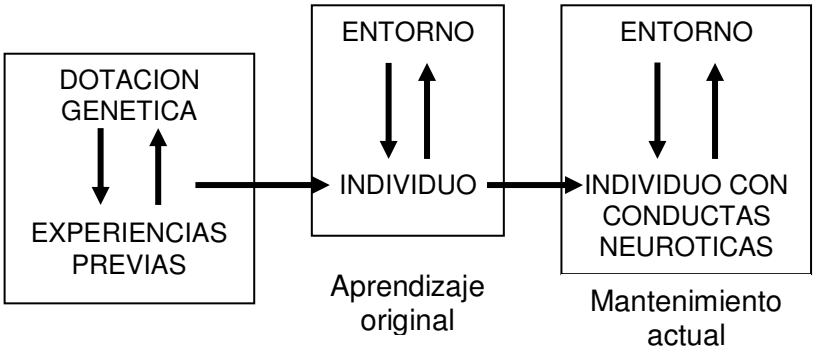
Un estudiante que se deprime luego de fracasar en una prueba, por ejemplo, puede presentar un nivel de autoexigencia muy elevado, al punto de que el fracaso compromete su autoestima. La coincidencia

de otras frustraciones capaces de "confirmar" la visión desvalorizada que tiene de sí mismo puede contribuir a la instalación del cuadro depresivo. Aquí la conducta neurótica -depresiva- es el resultado de realizar una evaluación errónea del propio valor. A su vez, la tendencia a exigirse demasiado debió adquirirse como resultado de experiencias previas de aprendizaje: reforzamiento diferencial a nivel familiar, imitación de modelos, etc. También podría jugar algún rol una eventual predisposición genética a las depresiones.

Las conductas inconvenientes no son necesariamente aprendidas. En muchos casos el trastorno deriva inicialmente de una disfunción orgánica, como ocurre en ciertos cuadros psicóticos o en la subnormalidad mental. Esto no impide, sin embargo, que tales cuadros puedan ser modificados en parte por un proceso de reaprendizaje.

EL PAPEL DE LAS CAUSAS AL PLANIFICAR EL TRATAMIENTO.

El modelo conductual permite comprender entonces por qué la terapia se dirige a promover un reaprendizaje, más que a investigar los procesos de aprendizaje originales. Descubrir cómo se desarrolló un estilo de conducta -neurótico o no- no hace que cambie el comportamiento, a menos que se incorporen nuevos hábitos de pensamiento y acción. Por otra parte, a la hora de modificar el comportamiento, cabe recordar que la conducta puede mantenerse por causas diferentes de aquéllas que le dieron origen:



En este cuadro se distingue la experiencia original de aprendizaje de los factores que mantienen el problema en el momento actual. Los fenómenos que determinaron el aprendizaje original pueden seguir actuando en el presente, o pueden haber desaparecido estando ahora la conducta mantenida por otras causas. Por lo tanto, los procesos que determinaron el aprendizaje original serán relevantes a los efectos del tratamiento sólo en la medida en que contribuyan al mantenimiento actual del problema.

La identificación de los factores responsables de la subsistencia actual del trastorno constituye el aspecto medular de la intervención conductista, y precede a la implementación de cualquier estrategia terapéutica. Dicho proceso, conocido como **análisis funcional de la conducta**, aborda las complejas interacciones recíprocas entre el individuo y su entorno y tiene por objeto determinar cuáles variables serán útiles a los efectos de promover los cambios deseados. De ese modo, mientras la técnica psicoanalítica exige una "profundización" en los supuestos orígenes del trastorno, la intervención conductista requiere un análisis en profundidad de los factores que mantienen la conducta en el presente.

Volviendo al caso del estudiante que se deprime luego de fracasar en una prueba, el análisis de la conducta puede revelar que en el momento de la consulta su depresión se mantiene gracias a nuevos factores: el reforzamiento proporcionado por sus familiares y el hecho de que el paciente puede evitar ciertas responsabilidades mientras permanezca deprimido. Las creencias erróneas que determinaron la instalación original del cuadro pueden seguir influyendo, pero el reforzamiento familiar puede estar jugando ahora un rol más importante, y deberá ser tenido en cuenta a la hora de planificar el tratamiento.

En otros casos, las contingencias que determinaron la aparición original del problema pueden haber desaparecido por completo. En un caso de impotencia sexual, por ejemplo, puede encontrarse que el episodio inicial se debió a uno o varios factores actualmente ausentes: convalescencia de una enfermedad infecciosa, ansiedad o depresión ocasionales de causa diversa, temor a ser descubierto durante la relación sexual, etc. Con frecuencia las causas originales no pueden establecerse en absoluto. Sin embargo, el análisis conductual puede revelar que la disfunción se mantiene ahora por lo que Masters y Johnson llamaron el "rol de espectador", es decir la observación ansiosa del propio desempeño, incompatible con un funcionamiento sexual adecuado. Se establece un modelo de "causalidad circular", en que el problema se mantiene a sí mismo independientemente de las causas que le dieron origen. El tratamiento estará dirigido entonces a neutralizar las expectativas derrotistas del paciente para invertir el círculo "impotencia - miedo al fracaso - más impotencia". Los aspectos históricos del sujeto, es decir los procesos que determinaron el inicio del problema y los factores predisponentes que hemos considerados como experiencias previas, son importantes a los efectos de capacitar al sujeto para enfrentar en el futuro circunstancias similares, pero no siempre revisten utilidad terapéutica.

EL SIGNIFICADO DE LA PERSONALIDAD EN TERAPIA DE LA CONDUCTA

Con frecuencia invocamos la personalidad de un individuo para explicar su conducta. Decimos por ejemplo que alguien se angustia fácilmente ante un fracaso o que se siente desvalorizado, **porque** es "depresivo". En ese caso consideramos que un tipo determinado de personalidad -el carácter depresivo- es la causa de ciertas respuestas afectivas -angustia y disconformidad personal-. Sin embargo, los rasgos de carácter se deducen de las mismas conductas que se pretende explicar. Observamos que el sujeto se deprime habitualmente ante el menor contratiempo o que se desanima fácilmente cuando surgen obstáculos, y concluimos que "posee" un carácter depresivo. Si luego afirmamos que dicho carácter es la causa de su angustia, caemos en una explicación circular: partimos de la conducta para diagnosticar la personalidad, e invocamos luego la personalidad para explicar la conducta. Cometemos el mismo error cuando afirmamos que alguien reacciona en forma violenta porque es agresivo, o que no se anima a iniciar una conversación porque es tímido.

Los diagnósticos de personalidad, como cualquier otro diagnóstico, tienen sólo un valor descriptivo: resumen o sintetizan una determinada manera de actuar, pensar o sentir. No explican la conducta: son la conducta, o más propiamente, la conducta habitual del sujeto. Sin embargo, no por ello carecen de utilidad. Además de su valor descriptivo, poseen un indudable interés predictivo. Si la persona que hemos identificado como depresiva sufre un contraste afectivo o un fracaso profesional, es muy probable que se sienta desvalorizada, perdedora, incapaz o que encuentre difícil superar la frustración y el desánimo. Por tal motivo, Goldfried y Kent (1972) definen a la personalidad como "una variable interviniente o mediadora, que se define por la probabilidad de que un individuo manifieste ciertas tendencias

conductuales en la variedad de situaciones que constituyen su vida cotidiana" (Goldfried y Davison, 1981, pág. 25)[23].

Aunque la personalidad no es algo diferente de la conducta sino una variable que se infiere a partir del comportamiento habitual, describe la **tendencia** o la predisposición de un individuo a reaccionar de cierta manera. Cabe preguntarse entonces cuál es el origen de tal tendencia. El estilo habitual de conducta depende de las experiencias previas de aprendizaje, es decir de la historia de vida del sujeto y de su constitución genética. Dichos factores lo predisponen a responder de cierto modo ante los acontecimientos. Por ese motivo algunas personas se deprimen más que otras ante los contratiempos y frustraciones que enfrentan a lo largo de su vida.

H.J. Eysenck, quien llevó a cabo un estudio metódico de la personalidad con gran rigor científico, estableció que los factores genéticos juegan un rol fundamental en el desarrollo de la personalidad. Cita, entre otros, los estudios de Shields, que revelan una semejanza asombrosa entre la personalidad de los gemelos monocigotos -es decir aquellos que poseen idéntica constitución genética-. Dicha semejanza se mantiene incluso en los casos que fueron separados al nacer y educados en medios diferentes. A su vez, estos gemelos son mucho más parecidos entre sí que los gemelos dicigóticos, es decir aquellos que sólo presentan una identidad genética parcial -como ocurre también con los hermanos comunes-. Los estudios psicométricos de Eysenck permitieron agrupar a los sujetos a lo largo de dos ejes o dimensiones: extroversión y neuroticismo, cuyas principales características resumimos en el capítulo 4.

Además de la herencia, los múltiples procesos de aprendizaje acaecidos durante la vida contribuyen a modelar la personalidad: condicionamientos tempranos, aprendizajes vicarios, generalización

[23] Técnicas Terapéuticas Conductistas, Paidós, 1981.

de estímulos y respuestas, adquisición de estrategias cognitivo-conductuales (Beck y Shaw, 1981), etc.

Los repertorios de conductas así adquiridos no se conciben como rasgos estables en el sentido tradicional, (Bouchard, Granger y Ladoucer, 1977) sino como pautas de conducta y estilos de pensamiento pasibles de ser modificados. Tales cambios ocurren en forma espontánea a lo largo de la vida -el lector puede preguntarse si actualmente piensa y actúa del mismo modo que cinco o diez años atrás- o pueden ser promovidos con fines terapéuticos. De hecho, la modificación del comportamiento habitual suele formar parte de la estrategia terapéutica, aun cuando el motivo de consulta se refiera inicialmente a problemas específicos o puntuales. En casos como el presentado anteriormente a propósito de una impotencia sexual puede estar indicado el entrenamiento asertivo, un procedimiento que procura incrementar la autoestima del paciente, su seguridad y confianza al relacionarse con otras personas y el modo como encara su vida social. Tal intervención abarca un área del comportamiento más amplia que aquélla que constituye el motivo de consulta original.

CONCLUSION

Las precisiones realizadas en torno al papel que juegan las causas en psicoterapia conductista, pretenden contribuir a una cabal comprensión de esta disciplina, prescindiendo de slogans estereotipados que no se ajustan a la realidad. A los efectos de clarificar nuestra exposición, hemos realizado un paralelo entre los modelos clásicos de enfermedad mental: médico, psicoanalítico y conductual, mostrando sus diferencias y señalando las implicancias que tales diferencias tienen a la hora de planificar el tratamiento. Al igual que ocurre con otras corrientes, es necesario considerar tanto los aspectos teóricos como los metodológicos de la terapia conductista para evaluar sus posibilidades en forma objetiva y realista.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

PSICOLOGIA: HECHOS Y PALABRERIA. H. J. Eysenck. Alianza Editorial, Madrid, 1977. Cap. 2: Personalidad y demonio de Eysenck, y cap. 3: El pequeño Hans o el pequeño Albert.

Capítulo 10

DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LAS DEPRESIONES[24]

El trabajo que presentamos a continuación permite apreciar cómo se aplican los modelos de aprendizaje que hemos visto a un problema clínico concreto: el fenómeno depresivo. Al final proponemos un modelo integrador que intenta relacionar los distintos enfoques en un sistema de causalidad circular.

El desarrollo y mantenimiento de los cuadros depresivos debe inscribirse necesariamente en un contexto más amplio, es decir el origen de los trastornos psíquicos desde una perspectiva conductual. En ese sentido, la génesis de los cuadros depresivos supone la aplicación de los principios generales del aprendizaje al caso particular de la depresión. Por lo tanto, es conveniente recordar algunas de las premisas generales en que se basa la terapia del comportamiento.

Debemos señalar en primer lugar que los trastornos psíquicos se conciben como conductas limitantes o inconvenientes para el paciente. El término conducta, sin embargo, incluye tanto los comportamientos observables como las reacciones neurovegetativas y los niveles cognitivo-emocionales, por lo cual tiene una connotación más amplia que en su acepción habitual. La adquisición de conductas inconvenientes es el resultado de un proceso de aprendizaje que

[24] Trabajo presentado en la Jornada sobre Depresión organizada por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (noviembre, 1985) y publicado en la Revista de Psiquiatría del Uruguay, 50:201-211, 1985). En este artículo se incluyen algunas consideraciones generales acerca de los modelos de aprendizaje que ya hemos tratado en capítulos anteriores. Las hemos mantenidos a efectos de conservar la estructura original del trabajo.

depende de la interacción entre el individuo y su entorno, como se aprecia en el cuadro de la página 158.

Tanto la dotación genética -y los factores biológicos en general, constitucionales o no- como las experiencias vitales anteriores, influyen sobre el proceso mismo de aprendizaje por cuanto predisponen al individuo a interactuar de determinada manera con su entorno. Por lo tanto, están influyendo en la adquisición de la conducta inadaptada, y el proceso de aprendizaje al que aludimos no se encuentra aislado del devenir histórico del paciente, sino que se encuentra inmerso en su biografía.

El análisis experimental de este proceso, es decir, de la interacción individuo-entorno, ha dado lugar al establecimiento de distintos modelos de aprendizaje. Estos modelos agrupan los principios y las leyes que regulan la adquisición de nuevas pautas de conducta. Básicamente, se distinguen cuatro tipos de aprendizaje:

- CONDICIONAMIENTO OPERANTE O INSTRUMENTAL
- CONDICIONAMIENTO CLASICO
- APRENDIZAJE OBSERVACIONAL
- APRENDIZAJE MEDIADO POR FACTORES COGNITIVOS

Los modelos de aprendizaje se clasifican en función de los comportamientos a los cuales se refieren. El condicionamiento operante es el cuerpo de normas que rige la adquisición y el mantenimiento de los comportamientos intencionales, es decir aquellos que operan sobre su ambiente. Se basa principalmente en los trabajos de Skinner. El condicionamiento clásico, de inspiración pavloviana, se ha enriquecido desde el punto de vista clínico con los

trabajos de Wolpe y se refiere principalmente a respuestas emocionales y viscerales como aquellas involucradas en el fenómeno de la ansiedad.

El aprendizaje imitativo o vicario, estudiado principalmente por Bandura, se refiere a las condiciones bajo las cuales es probable que los individuos adquieran nuevos hábitos observando modelos, es decir otros individuos que exhiben determinadas conductas. Mediante este proceso es posible adquirir comportamientos sumamente complejos.

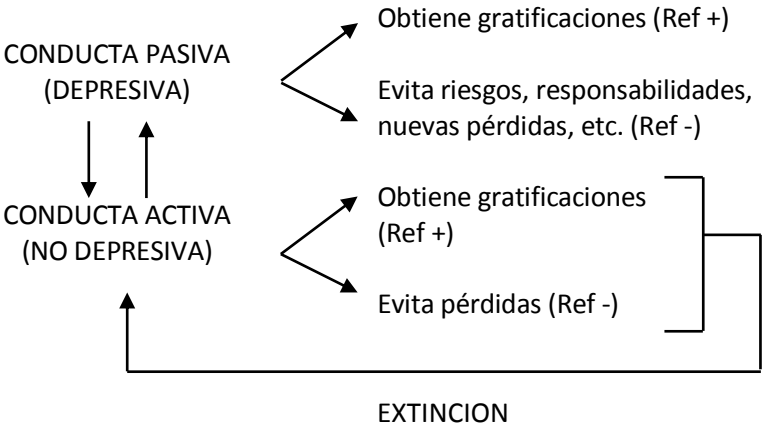
Y por último, aunque tal vez debiéramos decir en primer lugar en razón de la difusión que ha adquirido durante los últimos años, el modelo mediacional, que allí figura como aprendizaje mediado por factores cognitivos y que se refiere a los procesos cognoscitivos que inciden en el desarrollo y mantenimiento de los comportamientos humanos. A propósito de este modelo ya hemos mencionado los nombres de Ellis, Mahoney, Meichenbaum, Cautela y otros que citaremos en este capítulo.

Cada uno de estos modelos explica el desarrollo de los problemas emocionales y formula propuestas terapéuticas referidas tanto a las depresiones como a los demás fenómenos neuróticos. En este capítulo ilustraremos las aplicaciones específicas de estos mecanismos de aprendizaje al problema clínico de las depresiones. Como ya hemos señalado, el desarrollo de los comportamientos neuróticos se explica por la interacción de diferentes procesos. Es muy poco probable que un trastorno emocional responda a un solo tipo de aprendizaje. También en el caso de las depresiones vamos a exponer los distintos modelos en forma separada pero como mostraremos al final de nuestra exposición, es posible reunir los distintos enfoques en un modelo integrador.

El primer enfoque específico y sistemático de los fenómenos depresivos fue el **modelo socio-ambiental**, que se inspiró en los principios del condicionamiento operante y que fue desarrollado principalmente por Ferster (1966) y Lewinsohn y col. a partir de 1969 (Mc Lean, Ogston y Grauer, 1973). Este modelo conceptualiza la

conducta que podríamos llamar normal o no depresiva como conducta activa. La concibe como incompatible con la conducta pasiva o depresiva, de manera tal que cuando disminuyen o se extinguen los comportamientos activos no depresivos, se instalan automáticamente los comportamientos pasivos:

MODELO SOCIO-AMBIENTAL



Por tratarse de un modelo de base operante, el enfoque socio-ambiental concibe la conducta normal -no depresiva- en términos precisamente instrumentales, como una conducta que opera sobre su ambiente a los efectos de promover cambios que resulten gratificantes o para evitar fenómenos adversos -pérdidas u otros eventos no deseados-. En términos operantes diríamos que la conducta se mantiene por reforzamiento, tanto positivo como negativo. La disminución de la tasa de reforzamiento, por ejemplo la

pérdida de refuerzos positivos, trae aparejada lo que en términos técnicos se considera como extinción de los comportamientos activos, pudiendo sumarse el reforzamiento de una conducta incompatible, en este caso la depresiva, como se ve en el esquema anterior.

El análisis de los factores que determinan la pérdida de reforzamiento tiene importancia a los efectos del tratamiento. Puede adscribirse por ejemplo a dificultades en el desempeño del paciente, quien carece de aptitudes para obtener de su entorno los reforzadores que necesita -carencia de habilidades sociales, desconocimiento de técnicas para enfrentar problemas, etc-. O puede estar causada por factores que no dependen del sujeto pero que igualmente suprimen reforzadores, como ocurre por ejemplo con el fallecimiento de familiares. Cualquiera sea el proceso tiene lugar una disminución de la tasa de reforzamiento, una extinción de la conducta activa y la consiguiente instalación del comportamiento depresivo, que a su vez puede mantenerse luego por reforzamiento positivo o negativo. En ese sentido, es bastante común el reforzamiento positivo de los cuadros depresivos en forma de atención, interés y preocupación por parte de la familia hacia el paciente que exhibe el trastorno, lo cual tiende a mantener dicho comportamiento.

En el momento actual podríamos decir que el modelo socio-ambiental da cuenta de un determinado nivel del acontecer depresivo. Tiene plena vigencia en la medida en que se complemente con los otros modelos, principalmente los de base cognitiva que vamos a mencionar a continuación. Aporta mucho a la comprensión psicopatológica de la depresión en el nivel operante; y también aporta mucho a la instrumentación terapéutica mediante la inclusión de técnicas de probada eficacia: realización de tareas potencialmente reforzantes, modificación de las contingencias de reforzamiento en el medio familiar, etc. En ese sentido es que actualmente conserva validez.

Los modelos cognitivos a los cuales vamos a hacer referencia, suponen la aplicación del enfoque mediacional al fenómeno

depresivo. Como ya hemos visto, su premisa básica establece que las reacciones emocionales y conductuales de los individuos están determinadas no sólo por los eventos que tienen lugar en su entorno, sino -y principalmente- por la interpretación que los individuos asignan a tales eventos, como se esquematiza en el siguiente cuadro:

MODELO COGNITIVO

Cuando hablamos de interpretación estamos aludiendo a la valoración de dichos eventos, al significado que se les asigna, a la manera como se rotulan y clasifican. En ese sentido, podríamos señalar que es en el punto central, la interpretación, donde radican los principales problemas desde una perspectiva cognoscitiva. Cuando la interpretación de los eventos es irracional, y el significado que se asigna a las situaciones, a las circunstancias vitales por las que atraviesa el individuo es poco realista y no se ajusta a la verdadera naturaleza de los acontecimientos, la reacción emotivo-conductual será también inadecuada. Este es el paradigma de los procesos neuróticos, mientras que las reacciones "normales" consisten en respuestas emocionales mediatizadas por una correcta evaluación de los acontecimientos. Un ejemplo típico es el duelo normal, en que la tristeza y angustia que experimenta el sujeto está motivada principalmente por el evento y no por una distorsión cognoscitiva.

La aplicación de este modelo a distintos cuadros neuróticos lo tornó maleable y determinó que se fuera adaptando a distintos fenómenos clínicos. Además se enriqueció durante los últimos años con elementos tomados de la teoría del procesamiento de datos, de

manera que es posible actualmente estudiar a qué nivel se produce la distorsión en el manejo de la información a los efectos de promover una adecuada reestructuración cognitiva y con ella un análisis más realista de los eventos.

La aplicación de este paradigma a los fenómenos depresivos ha determinado la aparición, principalmente, de dos modelos. El primero de ellos fue desarrollado por Aaron Beck en 1967, y se conoce como **Terapia Cognitiva de las Depresiones**. Se trata de un modelo teórico muy completo y coherente con una vertiente psicopatológica, que explica los procesos que dan lugar al acontecer depresivo, y una vertiente terapéutica que consiste en una estrategia cognitivo-conductual que ha reportado un amplio porcentaje de resultados positivos. Haremos alusión exclusivamente a los factores psicopatológicos, ya que los aspectos terapéuticos están fuera del alcance de esta síntesis. Desde este punto de vista, Beck planteaba que desde temprana edad los individuos adquieren una serie de convicciones acerca de su propio valor, acerca del mundo y acerca del futuro. Estas convicciones se consolidan como estructuras cognitivas relativamente estables merced a procesos de aprendizaje tempranos como reforzamiento diferencial a nivel familiar, imitación de modelos, procesamiento incorrecto de la información, instrucciones verbales, etc. De este modo se adquieren las estructuras cognitivas básicas que predisponen a la depresión y que Beck denominó la "tríada cognitiva de las depresiones":

TRIADA COGNITIVA DE LAS DEPRESIONES

- VISION NEGATIVA DEL MUNDO
- VISION NEGATIVA DEL YO
- VISION NEGATIVA DEL FUTURO

Consisten, como se ve, en una consideración negativa del mundo, ya que estos individuos conciben o perciben a su entorno como una fuente inagotable de obstáculos que se opone a sus intentos y a sus objetivos, como una fuente de frustración. Perciben el vínculo con el medio ambiente en términos de fracaso y derrota.

Una consideración negativa del yo, es decir de sí mismos, en tanto se perciben como desvalorizados, como personas ineptas, ineficaces, incapaces de llevar adelante sus objetivos. Y una visión negativa del futuro, del cual esperan que les traiga nuevas dificultades y la perpetuación de sus problemas actuales.

Una vez que estas estructuras cognitivas se han consolidado mediante el proceso de aprendizaje, tienden a ser confirmadas a través de una percepción distorsionada de la realidad y de una valoración selectiva de los eventos[25]. De esta manera, una vez que el individuo está inmerso en su medio, comete errores lógicos en el momento de catalogar los eventos que le acontecen, es decir, interpreta erróneamente la realidad. Estos errores fueron estudiados y se han descrito principalmente cuatro que señalamos a continuación:

ERRORES LOGICOS

- INFERENCIA ARBITRARIA
- ABSTRACCION SELECTIVA
- SOBREGENERALIZACION
- MAGNIFICACION

[25] En el capítulo 6 hemos analizado el origen de las ideas y creencias mediante las cuales interpretamos sistemáticamente la realidad, así como la tendencia a mantenerlas y "confirmarlas".

Básicamente, los errores lógicos mediante los cuales se distorsiona la realidad para ajustarla a las estructuras cognitivas preexistentes, son:

La **inferencia arbitraria**, que consiste en inferir conclusiones sin una evidencia suficiente, es decir en forma arbitraria y ajena a las leyes de la lógica. La **abstracción selectiva** y también el recuerdo selectivo, mediante los cuales los individuos se focalizan en o atienden principalmente a aquellos eventos que confirman sus esquemas cognitivos, es decir, sus fracasos, frustraciones y humillaciones, mientras que ignoran los eventos que podrían contradecir tales esquemas -sus éxitos y sus logros- y en realidad no los tienen en cuenta. La **sobregeneralización**, mediante la cual se extienden las conclusiones tomadas a punto de partida de una situación particular a situaciones más amplias. Un individuo que ha fracasado o ha cometido un error que le ha deparado una pérdida, concluye que él es totalmente inepto o incapaz de asumir responsabilidades en general y que no podrá por lo tanto enfrentar nuevas situaciones, aun distintas de la que ha motivado su fracaso. O sea que generaliza excesivamente la conclusión actual. Y la **magnificación**, proceso por el cual se exageran los resultados o las consecuencias de un evento que es realmente nocivo o desagradable. Una persona que ha experimentado una pérdida, por ejemplo la disolución de un vínculo de pareja, puede concluir que los efectos de tal pérdida se extenderán inevitablemente durante el resto de sus días y otras consideraciones similares. Es decir que se magnifican las consecuencias de un evento que es efectivamente adverso, pero que no tiene las connotaciones trágicas que se le asignan en ese momento.

Como consecuencia de esta distorsión de la realidad, los individuos se deprimen en situaciones que no justifican dicha reacción. Además, estas distorsiones tienden a confirmar la visión negativa del mundo y de sí mismos que tienen estos pacientes, y se instala un círculo vicioso que tiende a perpetuar el fenómeno depresivo.

Como señalamos anteriormente, el modelo de Aaron Beck propone un tratamiento cognitivo-conductual de las depresiones, cuya finalidad es modificar las premisas que integran la tríada cognitiva y corregir los errores lógicos que se cometen en el procesamiento de la información.

El modelo más reciente de naturaleza cognitiva es el desarrollado por Martin Seligman en 1975, que cuenta con una importante base experimental. Se conoce con el nombre de **"desesperanza aprendida"** o "desamparo aprendido" en otras traducciones.

Cuando describimos el modelo socio-ambiental señalamos que la conducta normal, no depresiva, es una conducta activa orientada a promover cambios en el medio ambiente para obtener gratificaciones o para evitar fenómenos adversos. Según el modelo de Seligman, el factor crucial en la génesis de los cuadros depresivos consiste en que el individuo pierde la noción de control sobre su entorno. Se convence de que cualesquiera sean sus intentos o sus esfuerzos, no puede promover los cambios que desea ni evitar que ocurran sucesos desagradables. Por consiguiente, percibe los acontecimientos de su vida como independientes de sus intentos y de su esfuerzo. De allí precisamente el nombre de desesperanza aprendida.

Una vez que percibe esta falta de control sobre su entorno desarrolla una expectativa de incontrolabilidad futura, es decir, el individuo ya no espera poder controlar los eventos que le acontezcan en el futuro. Y esta expectativa de incontrolabilidad es la que determina básicamente tres tipos de déficit:

Un déficit motivacional, que radica en una inhibición de los comportamientos destinados a promover cambios en su entorno, ya que al anticipar que dichos intentos serán ineficaces, el individuo no se siente motivado para llevarlos a cabo.

Un déficit cognitivo, en el sentido de que estos individuos no pueden aprender, o les cuesta mucho aprender, que eventualmente sus esfuerzos sí tienen un efecto controlador sobre la realidad. Se ha comprobado en experimentos realizados con ese fin, que cuando los

pacientes deprimidos tienen éxito en una tarea lo perciben con mucha más dificultad que los no deprimidos. Los pacientes deprimidos tienden a creer que no tienen prácticamente ningún tipo de control sobre su ambiente, aunque de hecho lo tengan en numerosas oportunidades.

Y déficits afectivos, en el sentido de trastornos distímicos de naturaleza depresiva[26].

La predisposición a percibirse como incapaz de controlar los eventos, es decir, a considerar los sucesos como independientes del propio desempeño, es el resultado de un proceso de aprendizaje que tiene lugar durante la vida del individuo y que básicamente radica en un historial de experiencias reiteradas de fracaso, o en haber sido reforzado sobre una base no contingente. Cualquiera de estos procesos, o sus combinaciones, tienden a instalar la expectativa de desesperanza.

Ahora bien: la teoría de la desesperanza aprendida que fue desarrollada en el año '75, fue reformulada y ampliada por Abramson, Seligman y Teasdale en 1978. A los efectos de tal reformulación, se introdujeron elementos de la teoría de la atribución, una teoría de naturaleza cognitiva que se refiere a la influencia de las causas percibidas por los individuos sobre su propio desempeño. Las personas tienden a adscribir su propio comportamiento y los eventos que tienen lugar en su entorno a determinados factores causales, y estas atribuciones determinan en gran medida su comportamiento subsiguiente, aun cuando no sean reales.

---

[26] Para este tipo de déficit no es suficiente el desarrollo de una expectativa de incontrolabilidad futura; la tristeza aparece sólo cuando el sujeto espera que ocurran eventos desagradables -o que no ocurran eventos deseados- independientemente de lo que haga. Los trastornos afectivos se producen por la expectativa de fracaso incontrolable y no por la anticipación del éxito incontrolable, mientras que los déficit cognitivos y motivacionales aparecen en ambos casos (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

Esta teoría, que fue aplicada a numerosos trastornos antes que a los cuadros depresivos, complementa la formulación de la desesperanza aprendida en los siguientes términos: cuando los pacientes perciben una falta de control sobre su entorno, tienden a preguntarse por qué o a qué atribuir esa falta de control. La atribución causal realizada puede entonces analizarse en tres dimensiones diferentes.

El individuo puede atribuir su falta de control a causas internas o externas, es decir a factores que son de su propia responsabilidad o a motivos ajenos a su propio desempeño. Un estudiante que fracasa en una prueba de matemática puede atribuir su fracaso a una falta de inteligencia o a que el examen es realmente muy difícil para cualquiera.

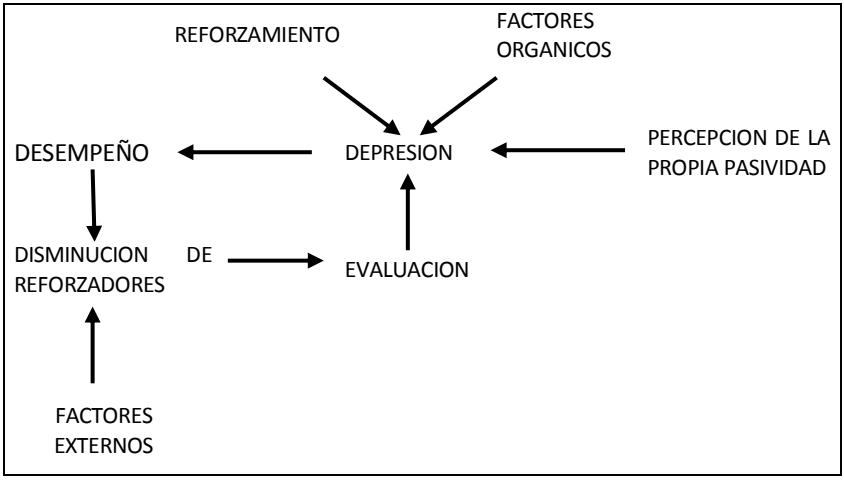
También puede atribuirse la falta de control a factores globales o específicos; siguiendo el ejemplo anterior, el fracaso puede considerarse como causado por una falta específica de habilidad en el campo de las matemáticas, o puede ser responsabilizada una falta total de capacidad intelectual.

Y por último, el fracaso puede adscribirse a factores estables -"nunca me sale nada bien"- o transitorios -"en esta oportunidad me he equivocado"-. Todos estos factores pueden interrelacionarse par dar lugar a un proceso atribucional complejo. En esencia, la inclusión de la teoría de la atribución influye sobre el tipo de expectativas futuras de incontrolabilidad. Cuando se atribuye el fenómeno a factores internos suele comprometerse la autoestima. Cuando la atribución es global, la expectativa de incontrolabilidad se extiende a situaciones distintas de aquellas que originaron el trastorno; y cuando la falta de control se achaca a factores estables -en oposición a transitorios- se aboga en pro de la cronicidad del cuadro depresivo. Los pacientes predispuestos a las depresiones tienden a atribuir sus experiencias negativas o de fracaso a factores internos, globales y estables, -p. ej.: "no sirvo para nada"- mientras que atribuyen sus

experiencias exitosas a factores externos, específicos y transitorios -"esta vez tuve suerte"-.

De acuerdo a lo que expresamos al comienzo del capítulo, presentamos a continuación un **modelo integrador** que intenta relacionar los distintos enfoques a que hemos hecho referencia. El modelo que proponemos en el siguiente cuadro plantea un sistema de causalidad circular, donde los distintos factores forman parte de una cadena y pueden actuar directa o indirectamente sobre los demás. En ese sentido, la causa de la depresión no sería única, sino que formaría parte de un sistema autoperpetuante.

DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LA DEPRESION:
Modelo integrador



Puede estar afectado por ejemplo el propio desempeño individual, en el sentido de una carencia de aptitudes para producir reforzamiento a partir del entorno, o la carencia de reforzamiento puede ser responsabilidad de factores externos, como señalábamos a propósito del modelo operante. En cualquiera de los casos, la respuesta del medio trae aparejada una disminución de las gratificaciones.

Es posible, sin embargo, que el origen del cuadro se ubique en el nivel cognitivo, es decir que consista en una evaluación errónea de la situación. En este nivel los individuos evalúan tanto su propio desempeño como los reforzadores que les proporciona el medio. Y de ese modo un paciente puede evaluar un desempeño correcto como inadecuado, en función por ejemplo de normas muy elevadas de autoexigencia que eventualmente podrán corregirse. O puede evaluar como no reforzante una situación vital que es, en sí, gratificante. Esto conduce a un cuadro depresivo que sin embargo podría haber comenzado aquí mismo, es decir en el nivel distímico, por la incidencia de factores orgánicos -endógenos-. A su vez, el cuadro depresivo, una vez instalado, puede mantenerse como veíamos en el modelo operante por la respuesta del medio, en tanto ésta resulta reforzante para la pasividad depresiva.

Y por último, los cuadros depresivos, una vez instalados por cualquier causa, comprometen el desempeño del individuo y limitan la cantidad de reforzamiento que puede obtener de su ambiente; además, la percepción de la propia pasividad tiene un efecto depresógeno.

Este modelo tiene una clara connotación terapéutica, puesto que a cada nivel es posible plantear un tratamiento específico que de hecho repercutirá sobre todo el circuito. La terapia conductista cuenta en efecto con diferentes técnicas capaces de incidir en los distintos eslabones del proceso: entrenamiento asertivo, reestructuración cognitiva, alteración de las contingencias de reforzamiento,

entrenamiento en resolución de problemas, procedimientos de autocontrol, etc., incluyendo por supuesto la administración de psicofármacos cuando es necesaria. La implementación de una determinada estrategia de tratamiento, que incluirá aquellas técnicas y procedimientos adecuados en una determinada secuencia, estará en función de un exhaustivo análisis y evaluación de cada caso en particular.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

MODIFICACION DE CONDUCTA. Craighead, Kazdin y Mahoney. Ediciones Omega S.A., Barcelona, 1981. Capítulo 12: "Formulaciones conductuales de la depresión", (Wilcoxon, Schrader y Nelson).

MANUAL DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVA. Albert Ellis, Russell Grieger y col. Editorial DDB, Bilbao, 1981. Capítulo 6: "Enfoques cognitivos de la depresión" (Beck y Shaw) y capítulo 21: "El tratamiento de la depresión con terapia cognitiva" (Shaw y Beck).

JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY, 1978, 87. Número dedicado al modelo de la "desesperanza aprendida" que incluye (entre otros) el trabajo de Abramson, Seligman y Teasdale en que se reformula la teoría (ver datos en la bibliografía general).

Capítulo 11

REFLEXIONES FINALES

En los capítulos anteriores hemos examinado las causas de nuestra conducta, incluyendo los hábitos de pensamiento y las respuestas emocionales que constituyen nuestra personalidad. En esta sección nos proponemos compartir con el lector algunas reflexiones y comentarios que pueden contribuir a la comprensión global del enfoque conductista.

Uno de los conceptos implícitos en la orientación conductual es el énfasis que pone en la **libertad individual** como objetivo terapéutico esencial. En esto no difiere de otras líneas de psicoterapia que se proponen incrementar la autonomía individual, aunque sí se distingue por los procedimientos que utiliza con esa finalidad. La primera pregunta que surge en relación a este punto, es: ¿qué lugar tiene la libertad en una concepción determinista del comportamiento humano?

Tradicionalmente ha existido una oposición filosófica entre determinismo y libre albedrío. Al igual que otras corrientes en psicología, el conductismo parte de una concepción determinista del comportamiento individual. La conducta se explica como resultado de la interacción de factores biológicos -por ejemplo genéticos- con la historia de aprendizaje anterior del sujeto y la influencia de su entorno actual. Se podría agregar que aun cuando vivimos nuestras elecciones como "libres", por ejemplo cuando escogemos una carrera o profesión, nuestra elección está determinada en última instancia por experiencias previas, ya que incluso nuestros deseos y preferencias fueron incorporados mediante un proceso de aprendizaje -mensajes parentales, influencia de modelos, etc.-. Esto no significa que el sujeto sea un receptor pasivo de las influencias ambientales; él influye, a su

vez, sobre el entorno que lo afecta. Albert Bandura (1969) habla de determinismo recíproco:

"...los individuos desempeñan un papel activo en la creación del medio ambiente que los controla a ellos mismos..." (pág. 112)[27]

En el capítulo sobre condicionamiento operante propusimos un ejercicio (pág. 67) que ilustra claramente el proceso de influencia recíproca: la madre refuerza al chico por llorar comprándole una golosina, y al mismo tiempo el chico la refuerza por comprarla, cesando el llanto. El proceso de influencia no es unidireccional sino que se ejerce simultáneamente en ambos sentidos, por lo cual no es posible establecer "quién controla a quién". En las interacciones sociales resulta evidente cómo nuestras actitudes -hostiles, amistosas, etc.- influyen en las actitudes de quienes nos rodean, las cuales a su vez afectan nuestras respuestas.

La concepción determinista sostiene que los fenómenos están vinculados entre sí en términos de causa y efecto. Aplicando este criterio a los comportamientos humanos, podemos afirmar que la conducta no ocurre al azar sino que está determinada por causas previas y es, por ende, teóricamente previsible. Esto descarta, naturalmente, la hipótesis del libre albedrío. Sin embargo, es posible definir de otro modo el concepto de libertad. Libertad no puede equipararse a indeterminismo. Para que un individuo sea libre no es necesario que sus comportamientos se den al azar ni que sean imprevisibles, sino que pueda ejercer control sobre ellos. Wolpe distingue claramente entre ambos conceptos, determinismo y control, a propósito de los fenómenos obsesivos. Sostiene que en cierto sentido todos los comportamientos son compulsivos, desde el momento en que están determinados por causas previas. Por lo tanto,

[27] "Principios de Modificación de Conducta", Edic. Sígueme, 1983.

la conducta emitida por un sujeto siempre es la única que podía haber emitido en esas circunstancias, es decir en presencia de esa constelación causal -ver capítulo 8-. Los valores y puntos de vista del sujeto integran, por supuesto, la constelación causal. Lo característico de los fenómenos obsesivos no es su inevitabilidad sino su carácter "intrusivo", es decir el hecho de que el paciente no tiene control sobre su aparición o terminación (Wolpe, 1958). En suma, tanto los comportamientos obsesivos como los normales son inevitables; la pérdida de libertad que entrañan las conductas obsesivas se debe a la falta de control sobre las mismas.

En términos conductuales, un individuo es libre en la medida en que desempeña un papel activo en la dirección de su propia conducta. Libertad equivale aquí a autodirección. Si afirmamos que el comportamiento está sujeto a leyes y principios, resulta obvio que el conocimiento y utilización de tales principios por parte del individuo le permitirá dirigir en forma más eficaz su propia conducta. Craighead, Kazdin y Mahoney señalan que "...la familiaridad con los procesos y principios del comportamiento humano permite a los individuos penetrar en su propia ecuación conductual" (pág. 188)[28].

La libertad equivale entonces a la capacidad para dirigir la propia conducta y orientarla a concretar metas y objetivos personales. Recordemos el ejemplo de la "inhibición social" que analizamos en el capítulo 2. Puedo aspirar a una vida social más activa para compartir inquietudes con otras personas, enriquecerme con la experiencia ajena, disfrutar del contacto con mis semejantes y realizarme, en fin, como ser social. Pero si me lo impide una ansiedad condicionada o no he desarrollado las aptitudes para comunicarme con los demás, no soy libre de concretar mis objetivos, soy prisionero de mis propias limitaciones. La terapia de la conducta se estructura entonces como una experiencia de aprendizaje que me permite desaprender los

[28] "Modificación de Conducta", Edic. Omega, 1981.

bloqueos interpersonales y desarrollar las habilidades necesarias para alcanzar mi propósito. Es por esa vía que procedimientos tales como el entrenamiento asertivo o la desensibilización sistemática incrementan el área de libertad individual.

El aprendizaje de técnicas de autocontrol o autorregulación dirigidas a modificar hábitos inconvenientes como el alcoholismo, el comportamiento agresivo o la postergación constituyen otros ejemplos de cómo es posible aumentar la autodirección del sujeto (Thoresen y Mahoney, 1974). Por supuesto que la capacidad para dirigir la propia conducta puede adquirirse naturalmente, a partir de las experiencias de aprendizaje espontáneas que conforman la vida de una persona. Cuando esto no ocurre, la terapia puede facilitar dicho aprendizaje diseñando estrategias para desarrollar los hábitos deseados.

El concepto de libertad ha adquirido últimamente nuevas dimensiones, ya que la terapia conductista tiene en la actualidad una finalidad preventiva, además de sus objetivos terapéuticos: procura capacitar al individuo que consulta para que resuelva sus problemas actuales y además para enfrentar por sí mismo futuras dificultades. Mediante técnicas como el entrenamiento en resolución de problemas, el paciente puede desarrollar estrategias más eficaces para manejar situaciones complejas. Es un procedimiento que incide directamente en el área de libertad personal, ya que el sujeto aprende a generar más alternativas y a elegir entre distintas opciones. La terapia cognitiva, un procedimiento conductual de gran relevancia en la actualidad, se plantea como objetivo final instruir al sujeto en un estilo de pensamiento más racional, capacitándolo para analizar y resolver situaciones conflictivas que se presenten luego de concluida la terapia.

De la mano de este énfasis en la libertad individual, va otro concepto que es el de **responsabilidad**. El corolario de ser libres es que también somos responsables. Aclaremos el punto con un ejemplo. Un

hombre se enfrenta a una difícil elección: abandonar a su esposa para convivir con su amante, o renunciar a esta última para conservar el matrimonio. ¿Qué camino tomará? Una vez que ha tomado su decisión y la ha puesto en práctica, podemos afirmar, desde una perspectiva determinista, que la elección no podía haber sido otra, porque de hecho la interacción de los factores causales determinó que el hombre se inclinara precisamente en esa dirección. Los factores causales incluyen, como hemos visto, la historia de aprendizaje del sujeto y las contingencias actuales de reforzamiento -incluyendo el autorreforzamiento y la autocensura-.

En teoría, un observador que conociera todas las variables que incidieron en su decisión podría haberla previsto. En la práctica no es posible disponer de toda la información necesaria, de modo que tampoco es posible efectuar un pronóstico con absoluta certeza. Como ya hemos dicho, la posibilidad teórica de efectuar la predicción no reduce la libertad de quien elige. El hecho de que una decisión sea previsible no hace que sea menos libre. En el momento de enfrentarse al dilema, el sujeto no sabe qué camino tomará en definitiva. Para él se trata de una elección libre, en la cual debe considerar las ventajas y desventajas de cada alternativa. De hecho, el percibir su elección como libre y el no conocer el resultado final de su análisis son factores que integran la constelación causal y que inciden, por tanto, en la decisión final.

En otras palabras, determinismo y elección no se excluyen mutuamente; por el contrario, la posibilidad de elegir es uno de los factores que integra la cadena determinista y que debería tomarse en cuenta si quisiéramos predecir el comportamiento del sujeto. Incluso si asume una postura fatalista del tipo "lo que tenga que ser, será" y se abstiene de tomar activamente una decisión, dejando los hechos librados a su propia evolución, su postura fatalista y su pasividad constituyen variables que inciden en la evolución posterior de los acontecimientos. Desde el punto de vista del individuo es imposible evadir la decisión, puesto que incluso el no decidir es hacer una

opción. En ese sentido se aplica la sentencia de Sartre de que el hombre "no sólo es libre sino que está condenado a serlo". Por lo tanto, siempre es responsable por su elección, y una psicoterapia efectiva debe ayudar al paciente a asumir dicha responsabilidad.

Por sus propias características, el enfoque conductista lleva al paciente a asumir la responsabilidad de su propia mejoría. En esta forma de terapia el sujeto no puede atribuir sus trastornos a un conflicto que está lejos de su alcance, sino a un proceso de aprendizaje que él debe modificar mediante un reaprendizaje activo. Por tanto, al encarar la tarea de modificar sus hábitos se hace también responsable por su propia evolución. No afirmamos aquí que este sea el único modo de promover la responsabilidad por el curso de una terapia; decimos sólo que en terapia del comportamiento el paciente no puede explicarse la persistencia de su trastorno por "no haber alcanzado un 'insight' adecuado", de modo que una evolución insatisfactoria lleva necesariamente a replantear la estrategia terapéutica y la tarea que el paciente viene realizando como artífice de su propio cambio. Recordemos que la terapia conductista es una forma de psicoterapia activa, es decir que el consultante debe trabajar durante y entre las sesiones realizando tareas concretas, y el resultado depende precisamente del trabajo que emprenda bajo la dirección del terapeuta. Al asumir el compromiso de aplicar las técnicas conductuales en situaciones concretas, es más fácil evaluar el cumplimiento efectivo de las tareas asignadas.

Asumir la responsabilidad se considera un requisito imprescindible para el cambio. Cuando el terapeuta observa que el paciente evita reiteradamente la responsabilidad por sus dificultades y por su vida en general, esta actitud debe tratarse en forma prioritaria, ya que de lo contrario suele impedir el progreso de la terapia. Un ejemplo típico de evitación de la responsabilidad es la modalidad de pensamiento conocida como "estilo atribucional externo", mediante la cual el paciente atribuye sus dificultades a causas ajenas a su desempeño o fuera de su control -por ejemplo: la acción de otras personas, la

suerte, su pasado, etc.- restándole importancia a su propia participación.

La terapia del comportamiento es una modalidad de **psicoterapia activo-directiva**. Esto plantea a su vez nuevas interrogantes: ¿Cómo se concilia esta modalidad con el concepto de libertad que venimos desarrollando? ¿En qué sentido ejerce el terapeuta la dirección? En un sentido estricto es el paciente quien establece las metas de cambio, aun cuando desee discutir con el terapeuta los objetivos del tratamiento. En el curso de las sesiones, terapeuta y paciente colaboran en la tarea común de promover un cambio o alcanzar un objetivo preestablecido. El terapeuta participa entonces en calidad de técnico que conoce el procedimiento y se compromete, como parte del contrato, a ayudar y asesorar al consultante a que logre ese objetivo. De modo que el terapeuta se relaciona con el paciente en un plano de igualdad, lo cual contribuye a evitar la dependencia. A medida que avanza la terapia, el terapeuta procura que el paciente vaya adquiriendo mayor control y asuma la conducción de su propio tratamiento.

Partimos de la base de que el terapeuta influye necesariamente sobre la conducta del paciente por el solo hecho de asumir su rol. Es común, por ejemplo, que los pacientes adopten el modelo teórico de su terapeuta y utilicen incluso los mismos términos: "transferencia", "reforzamiento", "padre-adulto-niño", etc. En el tratamiento conductual el terapeuta asume esta influencia como algo inevitable, y procura utilizarla para ayudar al paciente a promover los cambios que desea. Es así que se ofrece deliberadamente como modelo en procedimientos tales como el ensayo de conducta, exhorta, da instrucciones, refuerza con su aprobación los logros del paciente, etc. Se considera más adecuado utilizar la influencia con fines terapéuticos que pretender que no existe (Bandura, 1969). Pero la influencia se ejerce siempre de manera abierta y manifiesta, y en la dirección

convenida con el sujeto; y como hemos dicho antes, se procura respetar sus valores, metas personales y objetivos de cambio.

Debemos agregar, sin embargo, que sería poco realista suponer que el terapeuta puede exhibir una neutralidad total. De hecho, el terapeuta es una figura importante del entorno del sujeto, un modelo de "prestigio" elevado, y necesariamente debe influir en sus decisiones, actitudes y valores. Como señala Mahoney (1974), si suponemos que los valores y actitudes del paciente son el resultado de su historia de aprendizaje y de las influencias actuales, el terapeuta no puede negar su propia influencia desde el momento en que es un elemento importante del entorno actual del sujeto. Reconocer esta influencia es imprescindible para minimizarla y estimular la autodirección por parte del consultante.

Corresponde agregar algunas palabras acerca del papel que se asigna a la **relación terapéutica** y en relación a la actitud que debe asumir el propio terapeuta. Muchas de las condiciones requeridas para el ejercicio de la terapia conductista son similares a las necesarias para practicar cualquier tipo de psicoterapia. Se espera por ejemplo que el terapeuta posea y exhiba cierto grado de calidez humana, demostrando interés en la persona del consultante y una preocupación sincera por sus dificultades. De hecho, todos los procedimientos y técnicas conductuales son más eficaces cuando se aplican en el contexto de una relación cálida y empática con el paciente.

La empatía, es decir la capacidad de identificarse parcialmente con el paciente para ingresar en su mundo personal es otro requisito necesario. La comprensión empática permite ver las cosas desde el punto de vista del paciente y experimentar, hasta cierto punto, sus reacciones emocionales y afectivas. Evita, al mismo tiempo, atribuirle expectativas, criterios y valores propios del observador.

El terapeuta debe aceptar al paciente con sus defectos y limitaciones, sin juzgarlo. Se trata de una aceptación básica del

consultante que implica no emitir juicios de valor sobre su persona, pero no obliga a compartir o aprobar las actitudes del paciente. De hecho, el terapeuta puede desaprobar sus conductas en la medida en que resulten inconvenientes para alcanzar los objetivos fijados -por ejemplo: conductas inasertivas en un paciente que desea afirmarse socialmente-. La aceptación del paciente no obsta para que el terapeuta le muestre de qué manera le perjudica conducirse de ese modo.

Se espera por último que el terapeuta sea honesto, sincero y abierto en el trato con el paciente, condiciones estas que se agrupan bajo el rótulo de autenticidad.

Hasta aquí las características deseables en el terapeuta que no difieren, en general, de aquellas requeridas para practicar otros tipos de psicoterapia. Fuera de ellas, no existen normas rígidas ni reglas fijas que guíen el comportamiento del terapeuta conductista. No puede describirse un modelo de comportamiento adecuado o correcto que se aplique en todas las situaciones. Se considera adecuada la conducta o actitud del terapeuta que favorece el logro de los objetivos acordados previamente con el paciente. Arnold Lazarus se refiere en estos términos a las normas de conducta que suelen adoptar muchos terapeutas:

"No respondan a las preguntas del cliente; busquen determinar el significado detrás de ellas. No revelen nada de sí mismos; traten de permanecer inescrutables. No se metan en amabilidades tales como ayudar a los clientes con sus abrigos o abrazarlos. No den regalos a los clientes ni acepten regalos de ellos. Los terapeutas que se adhieren a estos y otros 'nos' se ahorran seguramente la incomodidad y la amenaza de pensar por sí mismos" (pág. 125)[29].

[29] Terapia Multimodal, Editorial IPPEM, 1983.

En lugar de esto propone suscribirse sólo a dos "nos": "no sea rígido y no humille a la persona ni la despoje de su dignidad". Podría argumentarse que algunas de las normas mencionadas por Lazarus obedecen a una determinada concepción del trabajo terapéutico, por ejemplo el análisis de la relación transferencial. En todo caso, serán válidas en ese contexto terapéutico, pero distan mucho de ser reglas universales. Desde el punto vista conductual, y siguiendo a Lazarus, la actitud del terapeuta será flexible y variable de acuerdo a las necesidades de cada paciente. En algunos casos responderá directamente a las preguntas que se le formulen y en otros optará por interpretar su significado o ayudar al sujeto a encontrar la respuesta. Podrá responder por ejemplo preguntas personales o indagar el motivo de la curiosidad del paciente. Su comportamiento será formal con algunos pacientes e informal con otros. Lo habitual es conducirse de modo natural y no rodearse de un halo de misterio.

La actitud del terapeuta se comprende mejor cuando respondemos la siguiente pregunta: ¿qué importancia se asigna a la entrevista y cuál es su función específica en el curso del tratamiento conductual? La terapia del comportamiento está orientada primordialmente hacia la tarea y no hacia la relación terapéutica. La entrevista es un instrumento o un medio para obtener datos y para aplicar los procedimientos que permitirán al paciente alcanzar sus metas. Lo que se procura básicamente es establecer una alianza terapéutica, donde paciente y terapeuta colaboren en el objetivo común de promover ciertos cambios en la conducta del primero. De modo que la relación terapéutica no se analiza sistemáticamente en el curso de la terapia, sino cuando factores inherentes a dicha relación obstaculizan de alguna manera el logro de los objetivos prefijados. Cuando por ejemplo diferencias de edad o sexo, o incluso ideológicas constituyen un problema para el establecimiento de una confianza y colaboración básicas, puede ser necesario enviar al paciente a un terapeuta más afín. En otros casos puede ser útil examinar con el paciente los sentimientos -positivos o negativos- que alberga hacia el terapeuta, si

se presume que dichos factores están afectando el progreso de la terapia.

Por otra parte, la conducta del paciente durante la entrevista se considera una muestra de su comportamiento habitual en otros contextos, por ejemplo en situaciones interpersonales, ya que los sujetos suelen exhibir durante la entrevista patrones de conducta aprendidos anteriormente (Goldfried y Davison, 1976). Es así que un paciente puede exhibir conductas inasertivas frente al psicólogo -por ejemplo buscar afanosamente su aprobación- o albergar creencias irracionales acerca de la opinión que el profesional se ha formado de él. En estos casos, el terapeuta puede tomar como ejemplo la conducta del sujeto durante la sesión y realizar a partir de allí intervenciones terapéuticas -proporcionar feedback, examinar sus temores, etc.-.

A partir de los conceptos que venimos desarrollando -igualdad en la relación terapéutica, libertad y responsabilidad personal- se evidencia la **concepción humanista** implícita en la terapia del comportamiento. En el análisis de la persona que consulta se concede más importancia a las dificultades concretas que presenta que a los diagnósticos, en un intento de no considerar al individuo como "enfermo", como si su trastorno fuera algo estructural y por ende inamovible. El tratamiento se encara como una ayuda para que el consultante logre sustituir hábitos improductivos por otros más convenientes, en una apuesta al individuo como persona capaz de regular su propia vida y de promover su propio desarrollo.

Muchos autores conductistas cuestionan los diagnósticos psiquiátricos por entender que de ese modo se etiqueta a la persona y se impide la comprensión del individuo como tal. Insisten en que los rótulos contribuyen a evitar responsabilidades: "me conduzco así porque soy un neurótico". Con frecuencia se usa el diagnóstico para explicar conductas, cuando esas mismas conductas fueron las observadas para hacer el diagnóstico: "Permanece en casa llorando y

no desea hablar con nadie porque está deprimido". ¿Cómo sabe que está deprimido? "Porque permanece en casa llorando y se niega a hablar". Se transforman así en argumentos circulares. Por ese motivo proponen dejar de lado el diagnóstico psiquiátrico y limitarse a describir conductas. Sin embargo, esta sería una postura extrema. En nuestra opinión los diagnósticos resultan útiles como medio de comunicación ya que resumen el comportamiento del paciente. Pero no conviene encasillar a las personas en un diagnóstico, ni esperar que el término explique cosas. El término depresión, por ejemplo, no explica el fenómeno depresivo; constituye sólo una abstracción de un conjunto de manifestaciones subjetivas y objetivas, una síntesis que empleamos por su utilidad práctica. No debe sustituir a la descripción conductual del caso individual.

Por último, digamos que la terapia conductista se caracteriza por un **gran respeto a los hechos clínicos y experimentales**. Como hemos visto, los principios del aprendizaje y los procedimientos terapéuticos que de ellos derivan no se conciben como constructos teóricos inamovibles. Cuando los hechos contradicen las predicciones teóricas o las mismas no son suficientes para explicar los hechos, son las teorías las que deben revisarse o enriquecerse con nuevas formulaciones; tal es el origen, por ejemplo, de los modelos cognitivos de aprendizaje.

La preocupación por evaluar los resultados es una característica esencial de la terapia conductista. Aaron Beck cita numerosos estudios que comprueban la eficacia de la terapia cognitiva de las depresiones, comparándola incluso con la administración de antidepresivos (Beck, 1979). Los buenos resultados obtenidos por la "terapia sexual" utilizando procedimientos conductuales han revolucionado el tratamiento de las disfunciones sexuales. En un estudio sobre 190 casos, Masters y Johnson (1970) encontraron un 81% de éxitos terapéuticos al final del tratamiento, que bajaba a un 80% luego de un seguimiento de 5 años, lo cual habla de un porcentaje muy bajo de

recaídas. Los resultados van de un 59% de éxitos en el caso de la impotencia primaria, a un 97,3% para la eyaculación precoz -resultados tomados a los 5 años del tratamiento-.

En nuestro medio, Trenchi y Silvera revisaron los resultados del tratamiento en 77 pacientes afectados por fobias, disfunciones sexuales, depresiones y déficit de asertividad entre otros trastornos. Empleando terapia de la conducta -y eventualmente otras técnicas adaptadas a la metodología conductual- encontraron un 72% de buenos resultados -29% con un 75% de cambios y 42% con desaparición total del trastorno-, con un promedio de 24 sesiones para cada paciente (Trenchi y Silvera, 1979)[30].

Sería muy saludable que este criterio se extendiera a todo el campo de la psicología clínica. Si los pacientes mejoran con procedimientos que supuestamente "no atacan las causas de fondo", habrá que explicar por qué mejoran. Cuando se pronostica que el tratamiento de un trastorno dará lugar a la aparición de "síntomas sustitutos" y ello no ocurre -ver por ejemplo el extenso estudio de Paul (1969) citado por Wolpe (1973)-, habrá que replantear los postulados teóricos que ambientaron tal pronóstico. Si se afirma que la reducción terapéutica de los fenómenos obsesivos o fóbicos graves conlleva el peligro de una "psicotización" y la observación clínica demuestra reiteradamente lo contrario, será necesario rever el análisis psicopatológico que originó tal predicción. El culto a las teorías puede llevar a poner entre paréntesis los hechos que las contradicen, quitarles valor o simplemente ignorarlos. Pero en esto de la psicoterapia los pacientes siempre tienen razón, aun cuando su evolución no esté de acuerdo con nuestras predicciones. Y una teoría, cualquiera sea ella, deberá modificarse cuando sus postulados no expliquen los hechos de la realidad.

[30] Las cifras fueron redondeadas eliminando los decimales.

BIBLIOGRAFIA

Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D.: "Learned helplessness in humans: critique and reformulation". Journal of Abnormal Psychology, 1978, 87:49-74.

Bandura, A. Principios de Modificación de Conducta. Ediciones Sígueme S.A., Salamanca, España, 1983. (Edición original en inglés: 1969).

Bandura, A. y Walters, R.H.: "Aprendizaje social de la conducta de dependencia". En: Psicopatología y Personalidad (Theodore Millon). Nueva Editorial Interamericana, México, 1974 (Cap. 34).

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. Terapia Cognitiva de la Depresión. DDB, Bilbao, 1983. (Edición original en inglés: 1979).

Beck, A.T. y Shaw, B.F.: "Enfoques cognitivos de la depresión". En: Manual de Terapia Racional Emotiva (Ellis, Grieger y col.). DDB, Bilbao, 1981 (Cap. 21).

Bouchard, M.A., Granger, L. y Ladoucer, R.: "Historia y principios". En: Principios y Aplicaciones de las Terapias de la Conducta. Ed. Debate, Madrid, 1981 (Cap.1). (Edición original en francés: 1977).

Craighead, W.E., Kazdin, A.E. y Mahoney, M.J. Modificación de Conducta. Ediciones Omega S.A., Barcelona, 1981 (Partes I y II).

Chertok, J.A.: "Tratamiento de una fobia compleja mediante una técnica de autocontrol". Revista de Psiquiatría del Uruguay, 47: 185-193, 1982.

Ellis, A. Razón y Emoción en Psicoterapia. DDB, Bilbao, 1980. (Edición original en inglés: 1962).

Eysenck, H.J.: "El modelo de la neurosis con base en la teoría del aprendizaje: un nuevo enfoque". En: Terapia del Comportamiento, (Rubén Ardilla). DDB, Bilbao, 1980 (Cap. 3). (Publicado originalmente en inglés en 1976).

Eysenck, H.J. Estudio Científico de la Personalidad. Edit. Paidós, Buenos Aires, 1971.

Eysenck, H.J. Fundamentos Biológicos de la Personalidad. Edit. Fontanella S.A., Barcelona, 1978. (Edición original en inglés: 1967).

Goldfried, M.R. y Davison, G.C. Técnicas Terapéuticas Conductistas. Edit. Paidós, Buenos Aires, 1981. (Edición original en inglés: 1976).

Hilgard, E.R. y Bower, G.H. Teorías del Aprendizaje. Edit. Trillas, México, 1980. (Corresponde a la edición en inglés de 1966).

Hollander, E.P. Principios y Métodos de Psicología Social. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976. (Edición original en inglés: 1967),

Lazarus, A.A.: "La reestructuración cognitiva". En: Terapia Conductista, técnicas y perspectivas. Edit. Paidós, Buenos Aires, 1980 (Cap. VIII). (Edición original en inglés: 1971).

Lazarus, A.A. Terapia Multimodal. Edit. Ippem, Buenos Aires, 1983 (Cap. 2).

Lindgren, H.C. Introducción a la Psicología Social. Edit. Trillas, México 1980. (Edición original en inglés: 1969).

Mahoney, M.J.: "Ciencia personal: una terapia cognitiva del aprendizaje". En: Manual de Terapia Racional Emotiva (Ellis, Grieger y col.). DDB, Bilbao, 1981 (Cap. 15).

Mahoney, M.J. Cognición y Modificación de Conducta. Edit. Trillas, México, 1983. (Edición original en inglés: 1974).

Malott, R.W. and García, M.E.: Private events and Rule Governed Behavior. Presentado en el Summer Insitute on Verbal Relations, Bad Kreuznach, Germany, June, 1986. (Copia mecanografiada de la conferencia).

Martin, I.D.: "Condicionamiento". En: Texto de Psicología Humana (Eysenck y Wilson). Edit. El Manual Moderno S.A., México, 1980 (Cap. 4).

Masters, W. y Johnson, V. Incompatibilidad Sexual Humana. Intermédicas, Buenos Aires, 1978.

Mc Lean, P.D., Ogston, K. y Grauer, L.: "Tratamiento comportamental de la depresión". En: Terapia del Comportamiento, (Rubén Ardilla). DDB, Bilbao, 1980. (Publicado originalmente en inglés en 1973).

Meichenbaum, D.H. y Cameron, R.: "El potencial clínico para modificar lo que los clientes se dicen a sí mismos". En: Manual de Terapia Racional Emotiva (Ellis, Grieger y col.). DDB, Bilbao, 1981 (Cap. 22). (Publicado originalmente en inglés en 1974).

Seligman, M.E.P. Indefensión. Edit. Debate S.A., Madrid, 1981. (Edición original en inglés: 1975).

Shaw, B.F. y Beck, A.T.: "El tratamiento de la depresión con terapia cognitiva". En: Manual de Terapia Racional Emotiva (Ellis, Grieger y col.). DDB, Bilbao, 1981 (Cap. 21).

Skinner, B.F. Ciencia y Conducta Humana. Editorial Fontanella, Barcelona, 1969. (Edición original en inglés: 1953).

Skinner, B.F. Sobre el Conductismo. Edit. Planeta-Agostini, Barcelona, 1986. (Edición original en inglés: 1974).

Strupp. H.H. y Blackwood, G.: "Métodos recientes en psicoterapia". En: Tratado de Psiquiatría (Freedman, Kaplan y Sadock). Salvat Editores, Barcelona, 1982 (T. II, Cap. 30. 10).

Tarpy, R.M. Principios Básicos del Aprendizaje. Editorial Debate, Madrid, 1977.

Thoresen, C.E. y Mahoney, M.J. Autocontrol de la Conducta. Fondo de Cultura Económica, México, 1981.

Trenchi, H.M. y Silvera, H.E.: "Empleo de la terapia conductual. Resultados". Revista de Psiquiatría del Uruguay, 1979, 264:238-249.

Wilcoxon, L.A., Schrader, S.L. y Nelson, R.E.: "Formulaciones conductuales de la depresión". En: Modificación de Conducta (Craighead, Kazdin, y Mahoney). Ed. Omega, Barcelona, 1981 (Cap. 12).

Wolpe, J. Psicoterapia por Inhibición Recíproca. DDB, Bilbao, 1978. (Edición original en inglés: 1958).

Wolpe, J.: "Orientación y corrección de los errores de concepto". En: Práctica de la Terapia de la Conducta. Ed. Trillas, México, 1977 (Cap. 4). (Edición original en inglés: 1973).

Wolpe, J. "Evaluación de la terapia de la conducta". En: Práctica de la Terapia de la Conducta. Ed. Trillas, México, 1977 (Cap. 15). (Edición original en inglés: 1973).

Yalom, I.D.: Psicoterapia Existencial. Edit. Herder, Barcelona, 1984.

Centro de Terapia Conductual
Lorenzo J. Pérez 3172/004 – Montevideo
Tel/Fax: (598) 2709 1830
info@psicologiatotal.com
www.psicologiatotal.com

- **Terapia Individual** para niños, adolescentes y adultos.
- **Orientación Psicológica**: asesoramiento de breve duración centrado en el análisis y manejo de situaciones puntuales: problemas familiares, afectivos o laborales.
- **Estudio de Personalidad** mediante test y entrevistas individuales. Permiten obtener un perfil de personalidad, valorando diferentes rasgos de carácter y su incidencia sobre el desempeño personal, laboral y social.
- **Terapia de Pareja**: sesiones conjuntas dirigidas a mejorar la comunicación, manejar las desavenencias conyugales y desarrollar habilidades de negociación para alcanzar acuerdos y cultivar una convivencia armónica.
- **Tratamiento Psiquiátrico** como única alternativa o complementando el tratamiento psicológico.
- **Servicios para Empresas e Instituciones**: estudios psicológicos para selección de personal, detección y tratamiento de problemas de motivación, apoyo psicológico para funcionarios, asesoramiento y orientación gerencial.
- **Servicios para psicólogos**: consultas psiquiátricas para sus pacientes en tratamiento psicológico.

Test PSI
Perfil Sicológico Individual

www.testpsicologicolaboral.com

Una potente herramienta para psicólogos clínicos y laborales, recursos humanos, consultoras y selectoras de personal

- brinda puntajes en 14 rasgos básicos y 4 dimensiones globales de la personalidad
- sistema de corrección automatizado a través de internet

De gran utilidad para psiquiatras y psicólogos clínicos

El perfil gráfico y la descripción de cada puntaje permiten una adecuada devolución al paciente, lo cual consolida el vínculo y facilita la definición de objetivos terapéuticos.

Con importantes ventajas en psicología laboral

- las preguntas ofrecen opciones igualmente preferibles, a efectos de evitar la tendencia a dar una buena imagen
- admite aplicación individual o grupal, en pantalla o sobre hoja impresa
- no es necesario instalar programas en las computadoras de la empresa, es posible corregir el test desde cualquier PC conectado a internet
- el acceso a los resultados es inmediato: el sistema entrega el informe en segundos
- calcula automáticamente los baremos y entrega el perfil pronto para interpretar o imprimir.

Solicite información sobre el Test PSI en el
Centro de Terapia Conductual - Montevideo
Lorenzo J. Pérez 3172/004 - (+598) 2709 1830
www.testpsicologicolaboral.com
info@psicologiatotal.com

Sobre el autor

El **Dr. Alberto Chertok** desarrolla su actividad como psiquiatra y psicoterapeuta en la ciudad de Montevideo, donde dirige el Centro de Terapia Conductual. Es miembro fundador y Presidente Honorífico de la Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta (SUAMOC), entidad que agrupa a psicólogos y psiquiatras de orientación conductual. Fue Asistente titular de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina y se desempeñó durante más de veinte años como docente en la Facultad de Psicología de la UDELAR. Es autor de «Las causas de nuestra conducta» (1988), primer libro uruguayo sobre psicología conductista y de «60 mentiras que nos complican la vida», un manual de autoayuda que alcanzó gran difusión (última edición: 2012). Publicó además «La estrategia del amor» (1995), novela didáctica que ilustra el desarrollo de una terapia de pareja, «Pasiones y Pecados del diario vivir» (2002), un enfoque psicológico de los problemas cotidianos y «Cuentos que iluminan el camino» (2012), una selección de fábulas y relatos didácticos y «El neurótico que llevamos dentro» (2013). Es autor del «Test PSI», un moderno inventario de personalidad utilizado en psicología clínica y laboral.

Otras obras del mismo autor

60 mentiras

que nos complican la vida

Cómo descubrir y modificar las creencias erróneas que producen perturbación emocional

Ediciones B, Montevideo

Encarado como un libro de autoayuda para todo público, resulta también de gran interés para los terapeutas interesados en detectar las creencias irracionales de sus pacientes. El libro incluye los cuestionarios y fichas de control que se emplean durante el tratamiento, así como lecturas breves destinadas a promover en el consultante un estilo de pensamiento más racional. Aborda, entre otros temas, el *tratamiento cognitivo* de las depresiones, los conflictos de pareja, las inhibiciones sociales, el pensamiento obsesivo y la conducta agresiva. Ver contenido y presentación en video en: www.psicologiatotal.com

Pasiones y Pecados

del diario vivir

Un enfoque cognitivo – conductual de la vida en pareja (celos, infidelidad, seducción), las disfunciones sexuales, los conflictos interpersonales (críticas, envidia, prejuicios), la soledad, la falta de motivación y otros temas del diario vivir, en un formato de lecturas unitarias instructivas. Edición digital disponible para los suscriptores del sitio www.psicologiatotal.com

La estrategia del amor

Novela didáctica que describe el tratamiento de una pareja sesión por sesión. A través del diálogo entre el psiquiatra y sus pacientes, el lector aprende técnicas de comunicación, motivación y negociación para estimular el cambio en su propia pareja y alcanzar acuerdos en su vida conyugal. Dirigido al público en general. De interés también para psicólogos y psiquiatras interesados en conocer el desarrollo de una terapia de pareja de orientación cognitiva. Edición digital disponible en el Centro de Terapia Conductual: www.psicologiatotal.com

Cuentos que iluminan el camino

Relatos que ofrecen claves para vivir con sabiduría
Ediciones B, Montevideo

¿A quién no le gusta que le cuenten una fábula? Las metáforas resultan atractivas para el oyente, despiertan su interés y le permiten examinar sus actitudes en forma amena y distendida. Los relatos que se ofrece en este libro atrapan al lector y le permiten desarrollar nuevas estrategias para alcanzar sus metas y hacer frente a sus dificultades. *El genio de la radio, la fantasía del bolillero, el grupo de quejosos, la sociedad de los justos y la metáfora del hipnotizador* son algunos de los cuentos que le ayudarán a descubrir con humor sus propios errores y a cultivar expectativas más realistas. Escuche uno de los cuentos en el sitio del Centro de Terapia Conductual: www.psicologiatotal.com

El neurótico que llevamos dentro

Cómo vivir con nuestra parte irracional
Ediciones B, Argentina

En esta obra original y reveladora, el Dr. Chertok nos muestra cómo reconocer al personaje neurótico que habita en nuestro interior y tomar distancia de su discurso destructivo, reemplazándolo por un enfoque racional y sensato de los problemas cotidianos. El autor nos brinda herramientas novedosas para controlar emociones y conductas inadecuadas como las obsesiones y rituales, el resentimiento prolongado, la tendencia a discutir y la dificultad para formar pareja, ofreciendo una descripción detallada de las técnicas que propone para hacer frente a tales perturbaciones. Ver contenido de cada capítulo en www.psicologiatotal.com